ПРОФ. С. М. РУБАШОЎ

СЬМЯРОТНАСЬЦЬ

ПРЫ

ХІРУРГІЧНЫХ ЗАХВОРВАНЬНЯХ І ЗМАГАНЬНЕ З ЁЮ



ЭКПРАЎСЭКТАР ДЗВБ

Проф. С. М. РУБАШОЎ

СЬМЯРОТНАСЬЦЬ

ПРЫ ХІРУРГІЧНЫХ ЗАХВОРВАНЬНЯХ І ЗМАГАНЬНЕ З ЁЮ

СОЦЫЯЛЬНА-КЛІНІЧНЫ НАРЫС)







ДЗЯРЖАЎНАЕ ВЫДАВЕЦТВА БЕЛАРУСІ
ЭКПРАЎСЭКТАР
МЕНСК 1931

ПРАДМОВА.

Вынікі нашай мэдычнай работы павінны быць перагледжаны з пункту гледжаньня іх соцыяльнай каштоўнасьці і карыснасьці. Даны нарыс і становіць сабою спробу іменна ў гэтым кірунку. Паколькі такая работа зьяўляецца спробай ў параўнаўча новай галіне,—я надаю ёй толькі вядомае значэньне і выпускаю ў сьвет, ня гледзячы на рад мне самому ясных недахопаў.

Аўтар.

УВОДЗІНЫ.

Соцыяльны заказ, які даецца мэдыцыне наогул і хірургіі ў прыватнасьці, заключаецца ў аднаўленьні працаздольнасьці таго члена соцыяльнага організма, які ее страціў,—аднаўленьні магчыма больш поўным і магчыма больш хуткім. Найвышэйшай формай страты працаздольнасьці зьяўляецца—у соцыяльным разрэзе—сьмерць. Змаганьне з ёю, такім чынам, уключана ў той соцыяльны заказ, аб якім гаварылася вышэй.

Хірургічныя захворваньні маюць ў соцыяльным аспэкце яшчэ і асаблівае значэньне. Яны ў вялікай сваёй масе паражаюць самы працаздольны ўзрост і таму заслугоўваюць пільнай соцыяльнай увагі; з другога боку—яны ў значнай меры маюць экзогеннае паходжаньне і з прычыны гэтага іх хутчэй можна ўнікнуць, чым раду хвароб, што зьяўляюцца вынікам зношваньня організма.

Імкнучыся не да „эфэктаў“, а да соцыяльнай „эфэктыўнасьці“—хірургія сучаснага пэрыоду павінна задаць сабе пытаньне—якімі зьяўляюцца шляхі гэтай найбольшай эфэктыўнасьці і,—у прыватнасьці,—у чым павінен заключацца плян змаганьня з хірургічнай сьмяротнасьцю на бліжэйшы пэрыод.

У сваёй рабоце я імкнуся высьветліць сьмяротнасьць пры хірургічных захворваньнях у бягучы час; ці зьмяншаецца яна, і калі зьмяншаецца, дык па якіх шляхох ідзе гэта зьмяншэньне; што за кірункі, па якіх павінны далей пайсьці нашы мерапрыемствы, каб дамагчыся далейшага зьмяншэньня сьмяротнасьці пры хірургічных захворваньнях.

Вывучэньне гэтага пытаньня дазваляе мне адказаць з усёй пэўнасьцю, што ў бліжэйшы пэрыод хірургічная сьмяротнасьць можа быць зьніжана пераважна шляхам мерапрыемстваў соцыяльнага парадаку. Навуковыя проблемы—змаганьня з шокам, з унутранымі крывяцячэньнямі, з сэпсісам, інтоксыкацыямі, злаякаснымі пухлінамі—павінны і будуць распрацоўвацца: у свой час яны прывядуць да рашучых перамог над хваробамі.

Але ўжо цяпер, зараз-жа—можна было-б зьнізіць сьмяротнасьць пры хірургічных захворваньнях процантаў на 50 (гаворачы, зразумела, прыблізна), калі-б, пры сучасным стане нашых навуко-

вых ведаў, мы маглі стварыць тую социяльную абстаноўку, якая дала-б магчымасьць поўнасьцю гэтыя веды рэалізаваць.

Профіляктыка адыгрывае вялізарную ролю ў такіх групах, як траўмы, запаленьні і расстройствы жыўленьня. Рацыянальна выкарыстаныя профіляктычныя мерапрыемствы ўжо зараз выяўляцца ў значным зьмяншэньні сьмяротнасьці ў гэтых групах.

У адносінах да захворваньня, якое ўжо пачалося, важнай зьяўляецца своечасовая яго дыягностыка. Апошняя распрацавана цяпер вельмі добра, але яна патрабуе часта адпаведных інструмантаў і абстаноўкі (лябораторыя, рэнтген, інструмэнтальныя мэтоды), г. зн. упіраецца ў социяльна-экономічную проблему. Цяжэй, чым дыягназ захворваньня,—задача выявіць жыцьцёвую ўстойлівасьць організма, што асабліва важна пры хірургічным мэтодзе лячэньня, які ставіць рад патрабаваньняў да сіл хворага. Як ня мала дасканалымі зьяўляюцца нашы веды і магчымасьці ў гэтай галіне, але і яны давалі-б значна больш вынікаў, калі-б іх можна было ўжываць паўней і шырэй, чым мы гэта робім цяпер, з-за недахопаў апаратуры, перагружанасьці ўрачоў, ложкаў і т. д.: зноў рашаючым зьяўляецца социяльна-экономічны матыў.

Хірургічным захворваньнем мы называем такое, пры якім ужываецца хірургічная мэтодыка лячэньня—якой бы яна ня была—консэрватыўнай ці опэрацыйнай. Гэта мэтодыка вызначаецца складанасьцю і дыфэрэнцыяванасьцю, уключаючы ў сябе коопэрацыю раду асоб, дзеяньне апаратаў, інструмантаў і т. д. Таму пытаньне пра „абстаноўку“ мае вялізарнае значэньне, цалкам залежачы ад таго-ж социяльна-экономічнага фактару. Пэўны процант сьмяротнасьці ад інфэкцыі, ад лёгачных ды іншых ускладненьняў залежыць ад гэтага фактару „абстаноўкі“. Даволі часта гэты фактар зьяўляецца і прычынай некаторых тэхнічных памылак хірурга (адсутнасьць патрэбнага інструманту і д. т. п.).

Значэньне „запушчанасьці“ выпадкаў, што рэзка павышае сьмяротнасьць, будзе дастаткова высьветлена ніжэй: ад 30 проц. да 40 проц. сьмярцей трэба аднесьці за лік гэтага моманту, які знаходзіцца, галоўным чынам, у сувязі з малакультурнасьцю, беднасьцю, адсутнасьцю сродкаў зносін, г. зн. у аснове з момантамі социяльнага характару.

Нарэшце, так званыя дыягностычныя і тэхнічныя памылкі хірурга ў вялікай ступені знаходзяцца ў сувязі з яго кваліфікацыяй, а апошняя—з социяльна-бытавымі ўмовамі выхаваньня ўрача.

За апошнія гады ў мэдычнай літаратуры наогул і хірургічнай у прыватнасьці пракацілася хваля артыкулаў і работ, якія гаварылі пра крызіс у хірургіі і пра тое, што „хірургія на раздарожжы“. Пакідаючы ў баку цэлы рад іншых меркаваньняў, я лічу магчымым канстатаваць, што гэты крызіс зьяўляецца часткова адбіткам неадпаведнасьці паміж тэорытычнымі магчымасьцямі хірургіі і соцыяльнымі ўмовамі, не дазваляючымі поўнасьцю іх рэалізаваць. На маю думку, ня толькі няма крызісу, але хірургія яшчэ нават і ня ўскрыла ўсіх тых магчымасьцяй, якія ў яе ёсьць, у адносінах да вялізарнай колькасьці насельніцтва. Для рэалізацыі гэтых магчымасьцяй, хірург павінен сайсьці са шляху выключна акадэмічнага і пачаць змаганьне за стварэньне неабходных для гэтай мэты соцыяльных умоў. У гэтым кірунку ёсьць шмат непачатай яшчэ работы. Мэтаю майго дасьледваньня зьяўляецца ўказаньне таго, што хірургічная сьмяротнасьць падлягае таму-ж закону, што і агульная сьмяротнасьць, г. зн. зьяўляецца функцыяй соцыяльных адносін. Іменна ў апошніх ляжыць вырашэньне проблемы зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці напалавіну ўжо ў даным адрэзку часу.

У нашым Саюзе, які разгортвае соцыялістычнае будаўніцтва і соцыялістычную культуру—даны ўсе прадпасылкі для таго, каб нашы хірургі гэту проблему вырашылі. „Прэч непатрэбныя —па стане навукі ў даны мамант—сьмерці“—павінна быць адным з дэвізаў нашай савецкай хірургіі!

I. СТАТЫКА І ДЫНАМІКА ХІРУРГІЧНАЙ СЬМЯРОТНАСЬЦІ.

Разьвязаньне раду пытаньняў, што знаходзяцца ў сувязі з вывучэньнем сьмяротнасьці пры хірургічных захворваньнях (далей усюды гаворыцца „хірургічная сьмяротнасьць“), магчыма ў двух роўніцах: шляхам паасобных назіраньняў і лічбавых даных. Першыя зьяўляюцца недастаткова ўсеахапляючымі, другія, ва ўмовах мэдычнай статыстыкі, не даюць поўнага і дакладнага адлюстраваньня сапраўднасьці. Ужо асноўнае пытаньне—што такое хірургічнае захворваньне—сустракае цяжкасьці пры адказе на яго. Калі ў адносінах да раду груп захворваньняў адказ ясны, дык гэтага нельга сказаць у адносінах да іншых: шмат якія захворваньні ўнутраных органаў робяцца хірургічнымі толькі пастольку, паколькі яны падлягаюць хірургічнаму лячэньню. Выявіць статыстычныя моманты ў адносінах да такога няўстойлівага об'екту—цяжка. Калі да гэтага далучыць шматлікія крыніцы іншых памылак, дык ясна, што на лічбы мы павінны глядзець толькі як на прыблізныя паказальнікі, але ня больш. Гэту заўвагу я лічу неабходным зрабіць для стварэньня правільнай ацэнкі зьмешчаных ніжэй даных.

1. Ступень удзелу хірургічнай сьмяротнасьці ў агульнай сьмяротнасьці насельніцтва.

Якая доля сьмяротнасьці ад хірургічных захворваньняў у агульнай сьмяротнасьці насельніцтва?

Устанавіць гэту лічбу—задача ня лёгкая, таму што ў дзяржаўных статыстыках мы ня маем асобнага аддзелу—„хірургічныя захворваньні“,—і гэты процант мы можам высьветліць толькі ўскоснымі спосабамі.

Як відаць, доля хірургічных захворваньняў у агульнай сьмяротнасьці параўнаўча невялікая. Гэта адразу можна бачыць з такіх параўнаньняў:

У Германіі прычыны сьмерці на 10.000 насельніцтва былі такія:

	1913 г.		1926 г.	
	м.	ж.	м.	ж.
Усяго	156,8	143,1	121,6	112,3
Інфэкцыі . . .	68,5			
Траўмы	6,1	1,6	6,0	1,6
Злаякасныя пухліны .	7,4	8,9	9,6	11,4
Апэндыцыт	0,7	0,5	0,8	0,6

У той час, як траўмы, злаякасныя пухліны, апэндыцыты складаюць усяго 14,2, адны інфэкцыі даюць—68,5 (на ўсю колькасьць сьмярцей).

Такі-ж малюнак атрымаецца, калі мы зьвернемся да даных Італіі.

У Італіі на 1.000.000 насельніцтва памерла ад наступных прычын:

	1924 г.	1925 г.	1926 г.
1. Прыраджоных аномалій . . .	89	84	73
2. Злаякасных пухлін	650	570	560
3. Пляўрытаў	75	80	76
4. Язваў страўніка	33	42	39
5. Хвароб печані і жоўцевых шляхоў	67	78	77
6. Апэндыцытаў	31	34	36
7. Хвароб нырак (апрача нэфрыту)	14	32	19
8. Мачапалавых хвароб	80	80	80
9. Траўм	324	337	315
10. Хвароб органаў руху	370	329	315
11. Тубэркулёзу	1136	1118	1063
12. Хвароб сэрца	1460	1492	1667

Такім чынам, калі мы складзем першыя 10 нумароў, лічычы, што сярод іх мы маем справу толькі з хірургічнымі захворваньнямі, дык атрымаем для 1924-1926 г. г. наступныя лічбы: 1734; 1664; 1590.

Гэтыя лічбы аказваюцца менш сьмяротнасьці толькі ад двух груп захворваньняў—тубэркулёзу і хвароб сэрца, якія даюць разам для тых жа год: 2596; 2610; 2730.

Каб даць больш дакладнае ўяўленьне аб удзеле хірургічных захворваньняў у агульнай сьмяротнасьці, я паспрабаваў зрабіць наступныя вылічэньні. Так, у 1912 г. у Расіі на 100.000 насельніцтва памерла (у розных гарадох) ад:

хвароб органаў страваваньня	558
востразаразьлівых хвароб	261
тубэркулёзу	222
хвароб органаў дыханьня	306
хвароб нэрвовай сыстэмы	139
хвароб крывяносных судзін	147
злаякасных пухлін	79
траўм	58
хвароб мачавых органаў	54

Калі лічыць выключна хірургічнымі тры апошнія групы і ўзяць некаторую частку выпадкаў з групы хвароб органаў страваваньня і дыханьня, дык мы ўбачым, што гэта складае невялікую суму агульнай сьмяротнасьці (прыблізна 15 проц.). Я і інакш паспрабаваў вылічыць гэты ўдзел хірургічнай сьмяротнасьці ў агульнай, узяўшы максымальныя лічбы ў групах

1912 г. Расія. Прычыны сьмярцей у гарадох.

На 109.070 сьмярцей было ад:

хвароб скуры	216
косьцева-цяглічнай сыстэмы	130
мачавых органаў	2391
хвароб органаў страваваньня (апрача катараў)	2198
траўм	2579
злаякасных пухлін	3481

Дапушчаючы (а мабыць гэта дапушчэньне прыводзіць да пераўвялічэньня), што ва ўсіх пералічаных выпадках мы мелі справу толькі з хірургічнымі захворваньнямі, мы атрымліваем суму 10.995, што дае ў адносінах да 109.070 процант, роўны 10 проц.

Некаторае ўяўленьне аб ўдзеле хірургічнай сьмяротнасьці ў агульнай, даюць яшчэ лічбы *Смулевіча* (Беларусь 1922-1925 г. г.):

Рожа	0,2	проц.	агульнай	сьмяротнасьці.
Слупняк	0,1	"	"	"
Хірургічная бугарчатка	3,5	"	"	"
Сэптыцэмія	0,5	"	"	"
Новаўтварэньні	3,6	"	"	"
Страўнічна-кішочныя хваробы	0,7	"	"	"
Апэндыцыты	0,2	"	"	"

Грыжы, непраходнасьць кішочніка	0,4	проц.	агульнай	сьмяротнасьці.
Хваробы мачавых органаў . .	0,1	"	"	"
Хваробы скуры	0,2	"	"	"
Хваробы касьцей	0,1	"	"	"
Хібы разьвіцьця	0,1	"	"	"
Зьнешнія прычыны . . . . (пашкоджаньні)	2,4	"	"	"
	12,1	проц.	усіх прычын	сьмерці

Іншыя даныя мы можам запазычыць у *Смулевіча*, выдзеліўшы асноўныя лічбы сьмяротнасьці за 1925 г. па аддзелах (у абсалютных лічбах).

рожа	37	грыжа, непраходнасьць кішак .	60
слупняк	9	хваробы скуры і клеткавіцы .	41
бугарчатка хірургічная	14	хваробы касьцей	15
сэптыцэмія і піэмія	100	хібы разьвіцьця	18
новаўтварэньні	358	зьнешнія прычыны	261
апэндыцыт	30		

Мы атрымліваем такім чынам 943 сьмерці на агульную лічбу 9786 сьмярцей за 1925 г., г. зн. каля 10 проц.

Усе вышэйпаданыя ўказаньні наўрад ці асабліва дакладныя; але зважаючы на тое, што вылічэньні, зробленыя на розным матэрыяле, усе даюць лічбу ад 10 проц. да 15 проц. я лічу магчымым зрабіць вывад, што гэтыя лічбы ў асноўным выражаюць долю ўдзелу хірургічнай сьмяротнасьці ў агульнай.

Калі мы прымем гэтыя лічбы—10-15 проц.—за паказальнік удзелу хірургічнай сьмяротнасьці ў агульнай, дык у адносінах да лічбы 2,3 проц. (паказальнік агульнай сьмяротнасьці) гэта дасьць 0,23-0,33 проц., г. зн. можна дапушчальна прыняць, што адна хірургічная сьмерць прыпадае на 330-450 жыхароў, або 2-3 сьмерці на 1000 чал. насельніцтва.

Аднак, адносная вага хірургічных, асабліва цяжкіх, захворваньняў, далёка не вызначаецца гэтай лічбай, з прычыны таго, што ня ўсе ўзросты прымаюць аднолькавы ўдзел у хірургічнай захворвальнасьці і хірургічнай сьмяротнасьці. Таму мы будзем мець крыху іншы малюнак, калі спынім сваю ўвагу на ўзростах больш старых (пра гэта глядзі ў разьдзеле аб агульных фактарах хірургічнай сьмяротнасьці—„Значэньне ўзросту“).

Тут-жа мы павінны адзначыць, што дзіцячы ўзрост (да 5 год), які дае такую вялікую агульную сьмяротнасьць, прымае малы ўдзел у хірургічных захворваньнях; таму хірургічная сьмярот-

насьць адпаведна павышаецца, калі гаварыць толькі пра дарослых.

Не настойваючы на правільнасьці сваіх лічбаў, я лічу магчымым зрабіць наступныя вывады:

хірургічная сьмяротнасьць займае скромнае месца ў агульнай сьмяротнасьці чалавечага роду;

гэты ўдзел выражаецца, як відаць, лічбай ад 10 да 15 проц., што дае ў канчатковым выніку ад 2 да 3 сьмяротных выпадкаў на 1000 чалавек насельніцтва; калі ўзяць толькі дарослае насельніцтва, дык гэты стасунак павялічваецца.

2. Хірургічная сьмяротнасьць.

Які працант хірургічных хворых гіне?

З прычыны некаторай няпэўнасьці самога разуменьня і адсутнасьці ў номэнклятуры хвароб рубрыкі „хірургічныя захворваньні“, я пазбаўлен магчымасьці, для адказу на гэта пытаньне, скарыстаць вялізарныя лічбы статыстык паасобных краін. Мы павінны скарыстаць або лічбы, якія адносяцца да паасобных захворваньняў ці груп іх, або зьвярнуцца да статыстыкі сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях, дзе згуртоўваюцца хірургічныя хворыя.

Але абодва гэтыя спосабы не даюць адказу на пастаўленае вышэй пытаньне, з прычыны таго, што пры гэтым не ахопліваюцца у с е х і р у р г і ч н ы я х в о р ы я, г. зн. і амбуляторныя і стацыянарныя.

Для некаторага высьвятленьня пытаньня я скарыстаў наступныя даныя. Колькасьць хірургічных захворваньняў можна лічыць роўнай прыблізна 20 проц. агульнай захворвальнасьці. Калі ўсяго хворых было 567.349 чалавек (Беларусь за 1925 г.), можна лік хірургічных хворых прыняць роўным 113.469; тады 941 (лік хірургічных сьмярцей, вылічаны намі вышэй) дасьць—0,8 проц. Гэта лічба прыблізна стаіць у адпаведнасьці з агульным „паказальнікам летальнасьці“, які для Беларусі вылічаны *Смулевічам* амаль у $1^1/_2$-2 на 100. Гэта лічба—0,8—азначае, што з усіх хворых, якія зьяўляюцца за хірургічнаю дапамогаю (г. зн. амбуляторных і стацыянарных разам) гіне прыблізна адзін чалавек на 100 хірургічных хворых.

Гэты паказальнік летальнасьці я прабаваў вылічыць і на ўласным матэрыяле. Калі ўзяць разам амбуляторных і ста-

цыянарных хворых маёй клінікі, дык атрымаем наступныя лічбы:

	Хворых	Сьмярцей
1925 г.	3.234	61
1926 г.	3.470	52
1927 г.	3.223	88
1928 г.	4.400	94
1929 г. (1/2)	2.710	55
	17.037	350—2 проц.

Але 2 проц. прыпадаюць на больш цяжкіх хірургічных хворых, як амбуляторных, так і стацыянарных, бо ў больніцу зварочваюцца з больш цяжкімі захворваньнямі. Таму прыняўшы лічбу 1:100, як паказальнік хірургічнай летальнасьці, я думаю, што знаходжуся недалёка ад ісьціны.

3. Сьмяротнасьць ў хірургічных аддзяленьнях.

Лічбы сьмяротнасьці пры хірургічных захворваньнях у стацыянарах не даюць, зразумела, поўнага ўяўленьня аб сапраўднай хірургічнай сьмяротнасьці. З аднаго боку, вельмі многа сьмяротных выпадкаў не пападае ў стацыянары; вельмі многа паміpae раптоўна ад пашкоджаньняў; шмат хворых з „новаўтварэньнямі“ канчаюць жыцьцё ў сябе дома. З другога боку, у стацыянарах зьбіраюцца найбольш цяжкія хірургічныя хворыя. Але іменна таму, што тут мы маем справу з цяжкімі выпадкамі, проблема вывучэньня фактараў сьмяротнасьці ў хірургічным стацыянары павінна даць нам шмат чаго для выяўленьня мер зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці наогул.

Калі ўзяць процант сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях, пачынаючы ад 1900 г. дык на 36.169 стацыянарных хірургічных хворых (справаздачы 18 аддзяленьняў—клінікі, вялікія і малыя больніцы), я налічыў 1.631 сьмяротных выпадкаў; процант роўны 5

Калі карыстацца іншым спосабам вылічэньня,—сярэдняй лічбай з лічбаў сьмяротнасьці розных установ, дык мы атрымаем лічбу 5,6 проц.—па сутнасьці блізкую да першай.

Для мяне зьяўляецца ня зусім зразумелым процант, вылічаны *Мельнікавым*: агульны процант сьмяротнасьці—паводле *Мельнікава* да вайны—2,3%, пасьля вайны—3,2%. Мне здаецца, што для складаньня яго статыстычных лічбаў было ўзята вельмі мала справаздач, пры гэтым толькі публікаваных, г. зн. звычайна „добрых“, з малым процантам сьмяротнасьці. Такім чынам, мы

павінны прызнаць, што ў даную эпоху на 100 хірургічных стацыянарных хворых паміpae 5 чал.

Да той жа сярэдняй лічбы--5 проц.—прыходзіць і *Оппэль,* разважаючы пра сьмяротнасьць у хірургічных аддзяленьнях.

Каля гэтай лічбы вагаецца сьмяротнасьць хірургічных аддзяленьняў, зьмяншаючыся або павялічваючыся на адну-дзьве-тры адзінкі. Цікава высьветліць, функцыяй чаго зьяўляюцца гэтыя ваганьні.

Перш за ўсё трэба выдзеліць установы, якія абслугоўваюць так званых экстрэнных хворых, або ўстановы, дзе такіх хворых многа: процант сьмяротнасьці ў гэтых установах вышэй сярэдняй лічбы. У якасьці прыкладу я магу прывесьці Інстытут хуткай дапамогі імя Скліфасоўсага ў Маскве *(Красінцаў),* дзе ў 1925 г. сярэдні процант сьмяротнасьці быў роўны 6,4 проц.; Аляксандраўскую Кіеўскую больніцу (Бондароў 1909 і 1910 г. г.), дзе процант сьмяротнасьці роўны 11,5 проц.—11,6 проц; Бабухінскую больніцу ў Маскве *(Холін),* дзе ў 1924 г. процант сьмяротнасьці 7 проц. Зразумела, гэта лічба, перавышаючы сярэднюю, тлумачыцца наяўнасьцю цяжкіх траўм, экстрэнных запальных захворваньняў і т. д. Гэта сьцьвярджаецца параўнаньнем лічбаў сьмяротнасьці хворых—неопэраваных і хворых—опэраваных.

Найменш гэта кідаецца ў вочы ў справаздачы Інстытуту Скліфасоўскага;

опэравана —1.643—памерла— 106—6,6 проц.
неопэравана—776— „ — 53 –6,8 проц.

але вельмі рэзка—у іншых справаздачах:

У Кіеўскай Аляксандраўскай больніцы 60 проц. гінула за першыя 2 сутак, у Бабухінскай:

опэравана —1.772—памерла—102—5,9 проц.
не опэравана— 129— „ — 51— 39 проц.

Другі прыклад: у Шэнкурскай больніцы:

опэравана—948—памерла —27—2,7 проц.
не опэравана 134 „ 12—9,0 проц.

Другі момант—гэта матэрыял, у сэньсе наяўнасьці цяжкіх выпадкаў і адначасовай актыўнасьці хірурга. Гэтыя два моманты часта злучаюцца іменна ў клініках, куды адбіраюцца нярэдка цяжкія выпадкі і дзе часта робяцца опэрацыі, якія толькі яшчэ распрацоўваюцца. Гэты момант таксама дае павялічэньне процанту сьмяротнасьці; больш падрабязна я разгледжу яго пры вы-

вучэньні пасьляопэрацыйнай сьмяротнастьці, а цяпер абмяжуюся падачай некалькіх прыкладаў.

Клініка Дзьяканава—100% опэравальнасьці хворых—вялікая актыўнасьць клінікі; проц. сьмяротнасьці—ад 7,3 да 13.

Факультэцкая хірургічная клініка Маскоўскага Унівэрсытэту (Алексінскі)—1903-1905 г. г.—8,8 проц.

Клініка Оппэля: 1908-1914 г. г.; процант сьмяротнасьці—9, процант опэравальнасьці—79.

Мечнікаўская больніца—пад вед. *Оппэля*—1925-1926 г. г. —7,1 проц.

Таксама ў загранічных клініках—праўда, лічбы гэтыя больш даўнія—сярэдні процант сьмяротнасьці—7,8 проц. (на 54.760 хворых у прускіх клініках ад 1877 г. да 1892 г. памерла 2.475 чалавек); тымчасам у „вядучых“ клініках таго часу—у *Бергмана*—процант сьмяротнасьці быў—11 проц., а у *Мікуліча*—ад 9 проц. да 12 проц.

Значэньне матэрыялу можа быць ілюстравана яшчэ на такім прыкладзе. Проф. *Спасакукоцкім* апублікаваны дзьве справаздачы аб яго дзейнасьці: справаздача за 10 год загадваньня хірургічнай клінікай ў Саратаве і за 1 г. яго работы ў 2-м Маскоўскім Дзяржаўным Унівэрсытэце. Паводле першай справаздачы рабіліся опэрацыі 4.687 чалавекам, а памерла—241 ч., г. зн. 5,1 проц.; паводле другой опэравалася 884 чал., а памерла 31 чал., г. зн. 3,5 проц. Ня буду гаварыць пра іншыя моманты, але заўважу такі: у першай справаздачы процант грыж і апэндыцытаў быў—25 проц. у адносінах да агульнага ліку опэрацый, а ў другой—58.

Вельмі наглядна значэньне матэрыялу дэмонструюць даныя *Вазьнясенскага*: у яго ў аднэй больніцы процант сьмяротнасьці быў—4, а ў другой—13, толькі ў залежнасьці ад螺 рознага тыпу хворых і опэрацый.

Вось галоўная факты, якія тлумачаць процант сьмяротнасьці, перавышаючы сярэдні.

Але мы сустракаемся з іншаю зьяваю,—калі процант сьмяротнасьці бывае ніжэй сярэдняга. У такіх выпадках мае значэньне таксама склад хворых: у больніцах, з процантам сьмяротнасьці ніжэй сярэдняга, бывае значная колькасьць хворых з паражэньнем канцавін. Напр.: Елецкая больніца—проц. сьмяротнасьці—1,77, захворваньняў жывота—13 проц., а канцавін—34 проц. Ветлужская—проц. сьмяротнасьці—1,3, канцавіны—25 проц.; Каўроўская больніца *(Бярэзкін)*—сьмяротнасьць—2,2 проц., канцавіны—34 проц. і т. д.

У Абухоўскай больніцы ў 1913 г. проц. сьмяротнасьці роўны 3,8: з 10.927 хворых было опэравана 2.085 чал. (19 проц.), г. зн. было вельмі многа параўнаўча лёгкіх хворых.

Я гавару тут пра гэта для таго, каб паказаць, якое значэньне мае склад хворых у агульным процаньце сьмяротнасьці хірургічнага аддзяленьня.

Аналіз уласнага матэрыялу, які прайшоў за 5½ год праз 1-ю хірургічную клініку Беларускага Унівэрсытэту, дае мне магчымасьць падцьвердзіць тыя вывады агульнага характару, якія толькі што зроблены. Мая клініка зьмяшчаецца ў гарадзкой больніцы і, такім чынам, па падборы хворых зьяўляецца тыповым хірургічным гарадзікім аддзяленьнем: клініка абслугоўвае гарадзкіх хворых з нязначнай праслойкай хворых, якія жывуць па-за Менскам (таксама пераважна гарадзкіх, бо гэта больніца прызначана для застрахаваных). Такім чынам, нашы хворыя характэрызуюць сабою звычайны гарадзкі хірургічны матэрыял, з прычыны чаго аналіз іх складу мае некаторы агульны інтарэс. У гэту больніцу, як цэнтральную (1-я Савецкая больніца г. Менску), трапляе значная колькасьць выпадкаў экстрэннай хірургічнай дапамогі, што таксама адбіваецца на складзе хворых.

У мяне на 7.100 хворых процант сьмяротнасьці—5,7 (406 сьмярцей)—процант, які набліжаецца да процанту Інстытуту хуткай дапамогі, таму што і мая клініка, будучы хірургічным аддзяленьнем гарадзкой больніцы, выконвае функцыю Інстытуту хуткай хірургічнай дапамогі, зьяўляючыся адначасова клінічнай установай.

Я магу свой матэрыял параўнаць у гэтых адносінах з матэрыялам Саратаўскай клінікі *Спасакукоцкага*: грыж і апэндыцытаў у мяне таксама было 20 проц. (1.455 на 7.100 хворых), у Саратаўскай клініцы процант сьмяротнасьці—5,1 у мяне—5,7 проц.

Але за тое ў сэньсе экстрэннасьці матэрыял іншы: вострых апэндыцытаў у клініцы *Спасакукоцкага* было 84, у мяне—186; непраходнасьць кішак—26, у мяне 65 і т. д.; 113 зашчэмленых грыж у мяне і т. д.

Пры аналізе ўсіх гэтых лічбаў, як агульных, так і маіх асабістых, я магу зрабіць наступныя вывады:

1) Процант сьмяротнасьці ў хірургічным станцыянары ў сярэднім роўны 5;

2) Процант сьмяротнасьці больнічнай наогул і процант сьмяротнасьці ў хіругічных аддзяленьнях прыблізна аднолькавы, ня-

гледзячы на тое, што хірургічнае майстэрства вельмі актыўнае і мае справу з вялікай колькасьцю небясьпечных цяжкіх станаў. Ужо гэтая акалічнасьць павінна даваць пэўнае ўяўленьне аб вышыні сучаснай хірургіі. Калі ўзяць лічбы сваёй больніцы, я знаходжу нават меншую сьмяротнасьць—сярэдняя па больніцы—6,6 проц., а па хірургічным аддзяленьні—5,7 проц.

Такім чынам, хірургічнае лячэньне, як такое, не зьяўляецца прычынай для павялічэньня хірургічнай сьмяротнасьці. „Небясьпека“ хірургічнага лячэньня існуе толькі ва ўяўленьні, а не ў сапраўднасьці.

4. Пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць.

Лічба процанту сьмяротнасьці ў адносінах да ўсіх хворых, якія ляжаць у даным хірургічным аддзяленьні, зразумела, дасьць нам больш правільнае ўяўленьне пра сьмяротнасьць ад хірургічных захвораваньняў, чым процант пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. Аднак, для поўнай характарыстыкі хірургічнай сьмяротнасьці трэба мець на ўвазе і апошнюю.

Калі пры выяўленьні процанту хірургічнай сьмяротнасьці ў аддзяленьнях мы маем рад няяснасьцяй, дык пры аналізе лічбаў пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці мы натрапліваем на іншыя перашкоды.

Першая з іх—гэта тыя абсолютныя лічбы, з якіх вылічваюцца процанты. Калі ўважліва прагледзець справаздачы больніц з малою сьмяротнасьцю, дык мы нярэдка зможам констатаваць адсутнасьць там значных опэрацый, дзякуючы чаму і бывае малы процант сьмяротнасьці.

Вось некалькі прыкладаў.

Ва Ўладзімірскай земскай больніцы (1889 г.) процант хірургічнай сьмяротнасьці — 6,4; на 548 опэраваных ён складаў 3,1 проц. Аднак, калі з ліку гэтых 548 опэрацый узяць сапраўды буйныя—123, на якіх і прыпадаюць сьмерці, дык процант сьмяротнасьці павялічваецца да 10,7 проц. Усе іншыя опэрацыі такія, што звычайна не ўваходзяць у нашы справаздачы.

У справаздачы *Залогі* паказана 8.050 опэрацый з 278 сьмярцямі (3,4 проц.). Але з гэтых 8.050 опэрацый трэба адлічыць 1.087 павязак; 1.346 гінэколёгічных опэрацый (з 40 сьмярцямі), 620 акушэрскіх (32 сьмярцямі); 141 упараўліваньне вывіхаў; 236 швоў (35 сьмярцямі); гэта значыць 3.430 опэрацый з 47 сьмярцямі. Застаецца 4.620 хірургічных опэрацый з 231 сьмерцю, што

дае 5 процантаў на агульную лічбу сапраўдных хірургічных опэрацый.

Як зьменьваецца процант у залежнасьці ад выходных лічбаў. паказвае яшчэ і такі прыклад.

У Залогі-ж паказана опэрацый на канцавінах 1560 з 33 сьмярцямі, што дае 2 проц. Але да ліку опэрацый на канцавінах аднесена 1.087 ліпкаплястырных павязак, корсэтаў і т. д.; адлічыўшы іх, атрымаем—373 опэрацыі і 33 сьмерці, г. зн. 9 проц.—у 4 1/2 разы больш, як паказаны вышэй процант.

У справаздачы Глухоўскай больніцы за 5 год паказана 2628 хворых; з іх опэравана 1875 чал., з якіх памерла 33 чал.—1,2 проц. У ліку 213 опэрацый на галаве—усяго 2 трэпанацыі.

З 883 опэрацый на жываце—усяго 1 выпадак завароту, 9 зашчэмленых грыж, каля 10 опэрацый на жоўцевых ходах, ніводнай рэзэкцыі страўніка і т. д. Ня дзіва, што мы маем такі малы процант пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці.

Я ўжо зазначыў на вельмі добрую статыстыку *Спасакукоцкага* (2-і Маскоўскі Дзяржаўны Унівэрсытэт)—3,4 проц., але 58 проц опэрацый былі грыжы (30 проц.) і апэндыцыты (28 проц.). Таксама ў справаздачы больніцы імя Дастаеўскага (1926 г.) на 1189 опэрацый—пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць была—1,7 проц.; аднак, у матэрыяле—40 проц. грыж і апэндыцытаў, і з у с і м н я б ы л о экстрэнных выпадкаў.

Або другі прыклад—Кастрычніцкая больніца Маскоўскай губэрніі робіць спрвaздачу пра пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць; на 675 опэрацый—1,9 цроц. сьмяротнасьці: трэпанацый чэрапу няма зісум; выпадак ілеус—1; гнойны пляўрыт—1; опэрацый на страўніку—усяго 11 і т. д.

Джыбсон дае справаздачу вялізарнай амэрыканскай больніцы. За 4 гады—9.025 опэрацый, сьмяротнасьць—4,6 проц.: але ў гэты лік опэрацый ўваходзіць 1.086 адэнотомій і тонзылётомій; калі іх адлічыць, дык процант сьмяротнасьці павялічваецца да 5,2 проц.

Такіх прыкладаў можна падаць шмат. Процант сьмяротнасьці залежыць ад таго, на якія лічбы вылічваецца гэты процант. Напрыклад, у справаздачы проф. *Вазьнясенскага* (1923-1924 г., чыгуначная больніца) процант сьмяротнасьці вылічаны ў 4,2 (32 на 732 хворых), але ў лік 732 увахозіць 160 хворых амбуляторных; бяз іх процант будзе—5,5 (32 на 572).

Далей трэба мець на ўвазе некаторую аднабаковасьць лічбаў устаноў з малой сьмяротнасьцю. Звычайна публікуюцца справа-

здачы з малой сьмяротнасьцю, і гэта адразу зьмяняе малюнак. Не далей, як на міжнародным хірургічным конгрэсе ў 1929 г. у адказ на лічбы сьмяротнасьці ад рэзэкцыі страўніка пры язьве яго—2,6 проц.—выступіў *Рамсдэль*, які заўважыў, што ня ўсё апублікоўваецца; яму вядомы матэрыялы аднэй больніцы Нью-Ёрку, дзе на 11 рэзэкцый язвы страўніка было 7 сьмярцей.

Якая-ж пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць? Як відаць, трэба лічыць і пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць у сярэднім роўнай 5 проц., калі толькі лічыць опэрацыямі хоць колькі небудзь сур'ёзныя опэрацыйныя ўмяшаньні.

Ніжэй я падаю рад больнічных і індывідуальных справаздач, з якіх можна зрабіць папярэдні вывад, пры чым я браў пад увагу тыя папраўкі, якія неабходны ў моц вышэйпаданых меркаваньняў.

Процант ніжэй сярэдняга

Спасакукоцкі 2 М. Дз. У	3,4 проц.
Кастрычніцкая больніца 1927 г,	1,9 „
Каўроўская больніца 1925-28 г.	2,2 „
Растоўская больніца (2.514 опэр.)	3,3 „
Вузлавая чыгуначная больніца (Оппэль).	3,75 „
Нікалаеўская больніца 1927 г.	1 „
Гусеў 1916-25 г. г. у сярэднім	2,1 „
Эйбэр—на 2.496 опэр.	1,8 „
Юдзін—на 2.801 „	3,0 „
Аўроў—на 1.150 „	2,0 „
Больніца ім. Дастаеўскага	1,7 „
Ардатаўская—5.224 опэр.	1,3 „

Сярэдні процант

Клініка Пятрова (6.009 хвор.).	4,4 „
Больніца ім.Мечнікава (Оппэль)—1140 хвор.	4,9 „
Вазьнясенскі (5.744 хвор.).	4,0 „
Шоўр (12.233 хвор.)	5 „
Багародзкая больніца 1926 г.	5 „
Джыбсон на 16.160 хворых	4,3 „
Клініка Спасакукоцкага за 10 год	5,1 „

Процант вышэй сярэдняга

Менская земская больніца 1923 г.	13 проц.
Акадэмічная клініка (Оппэль) 1.968 хворых	9 „
Вазьнясенскі 1923 г.	6,5 „
Больніца Дастаеўскага 1924 г.	8 „
„ „ 1925 г.	5,8 „
Інстытут ім. Скліфасоўскага 1.673 хворых	6,4 „
Пэральман	6 „
Бабухінская больніца 1924 г.	5,9 „

Калі лічыць што нормальным процантам сьмяротнасьці павінна зьяўляцца 2-3, што адносіцца галоўным чынам да ўстаноў не клінічнага тыпу, дык прышлося-б прызнаць, што найлепшыя хірургі сядзяць выключна ў провінцыі.

Калі мы паглядзім на групу ўстаноў, дзе процант сьмяротнасьці *вышэй* сярэдняга, дык мы ўбачым, што амаль цалкам сьцьвярджаецца тое палажэньне, якое было выказана вышэй: процант сьмяротнасьці вышэй сярэдняга (за некаторымі, зразумела, выключэньнямі) прыпадае на больніцы, якія падаюць у значнай меры экстрэнную дапамогу.

5. Рух хірургічнай сьмяротнасьці

Калі хірургічная сьмяротнасьць ёсьць толькі частка агульнай, дык нам цікава ведаць рух апошняй.

Якой зьяўляецца тэндэнцыя руху агульнай сьмяротнасьці?

Агульная сьмяротнасьць у Эўропе наогул і ў СССР у прыватнасьці—зьмяншаецца. Для Расіі і сучаснага СССР гэта можна ілюстраваць лічбамі, пачынаючы ад 1883 г. да 1928 г.; для Германіі—ад 1871 г. да 1927 г., для Англіі і Францыі—ад 1921 г. да 1926.

Лік сьмярцей на 1.000 насельніцтва

РАСІЯ		СССР		ГЕРМАНІЯ		Гады	Англія	Францыя
Гады	%% сьмяр.	Гады	%% сьмяр.	Гады	%% сьмяр.		%% сьмяр.	
1883	35,7	1923	23,1	1871	29,6	1901—04	16,2	19,6
1888	31,0	1924	23,7	1881	25,5	1910—14	13,9	18,1
1897	30,9	1925	25,8	1891	23,4	1920—24	12,2	17,5
1900	29,4	1926	21,25	1901	20,7	1925	12,2	17,7
1903	29,1	1927	20,9	1911	17,3	1926	11,6	17,5
1908	28,9	1928	17,9	1921	13,9			
1913	27,3	—	—	1927	12,0			

Гэтыя даныя гавораць за тое, што і ў далейшым мы можам чакаць зьмяншэньня сьмяротнасьці, асабліва ў СССР, пры соцыяльнай перабудове яго быту.

Зьмяншэньне агульнай сьмяротнасьці знаходзіцца ня толькі ў залежнасьці ад зьніжэньня захворвальнасьці; трэба думаць, што і фактары лекавага парадку адыгрываюць пэўную ролю. Апошняе палажэньне можна падцьвердзіць, разглядаючы рух сьмяротнасьці не сярод усяго насельніцтва, а сярод захварэўшых і асабліва, што тых знаходзяцца ў больніцах.

Гэта тэндэнцыя да зьмяншэньня сьмяротнасьці ілюструецца лічбамі Расіі, СССР і Германіі.

Расія

1858 г.	каля	8	проц. сьмяротнасьці ў больніцах.
1881 г.	„	7,62	„ „ „
1892 г.	„	6,0	„ „ „
1912 г.	„	5,0	„ „ „
1913 г.	„	5,6	„ „ „

СССР

1923 г.	„	4,0	проц. сьмяротнасьці наогул сярод хворых.
1924 г.	„	3,9	„ „ „ „ „
1925 г.	„	3,7	„ „ „ „ „

Германія

1923 г.	каля	6	проц. сьмяротнасьці наогул сярод хворых.
1924 г.	„	5,9	„ „ „ „ „
1925 т.	„	5,1	„ „ „ „ „
1926 г.	„	5,0	„ „ „ „ „

Я лічу магчымым прыняць 5 проц., як сярэднюю лічбу сьмяротнасьці ў больніцах. Можна думаць, што паляпшаецца, як адзін з фактараў змаганьня з больнічнай сьмяротнасьцю і фактар „лекавае мерапрыемства“. Паколькі хірургічныя захворваньні зьяўляюцца часткаю паказаных вышэй больнічных захворваньняў, мы можам выходзіць з прэзумпцыі, што зьмьншаецца сьмяротнасьць і ад хірургічных захворваньняў.

Што-ж нам фактычна вядома пра рух хірургічнай сьмяротнасьці? Ці ідзе яна паралельна руху агульнай, ці зьмяншэньне агульнай сямяротнасьці адбываецца выключна або пераважна за лік іншых компанэнтаў?

Мы ведаем, што зьмяншэньне агульнай сьмяротнасьці ідзе, галоўным чынам, за лік зьмяншэньня сьмяротнасьці дзіцячай, сьмяротнасьці ад інфэкцый і тубэркулёзу; у якой ступені прымаюць тут удзел захворваньні хірургічныя—цяжка сказаць,

Што такое пытаньне мае сэнс, паказваюць, напрыклад, лічбы ангельскія, дзе сьмяротнасьць за 20 год—агульная—зьменшылася на 32 проц., дзіцячая—на 45 проц., ад тубэркулёзу—на 38 проц., сьмяротнасьць ад раку павялічылася на 20 проц.

Не малое значэньне мае і пытаньне аб удзеле ў сьмяротнасьці тых або іншых узростаў. Так, калі параўнаць лічбы сьмяротнасьці Англіі 1901 г. і 1921г., дык мы ўбачым, што агульная сьмяротнасьць зьменшылася на адзінку, але гэта зьмяншэньне

складаецца з наступных лічбаў: процант сьмяротнасьці дзяцей да 15 год зьменшыўся на 4,3, а процант сьмяротнасьпі дарослых (старэй за 15 год) павялічыўся на 3,3.

	АНГЛІЯ	
	1901 г.	1921 г.
да 5 г.	11,9 проц.	9,4 проц.
5-15 г.	21,8 „	20,0 „
15-65 г.	62,2 „	64,2 „
больш 65 г. .	4,2 „	5,4 „

Хоць агульная лічба меншая на 1 проц., але процант сьмяротнасьці дарослых па сутнасьці павялічыўся. А мы-ж раней гаварылі, што хірургічныя захворваньні паражаюць пераважна дарослых людзей.

Такім чынам, рабіць са зьмяншэньня агульнай сьмяротнасьці вывад адносна зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці мы яшчэ ня можам; даных у гэтых адносінах у нас няма і здабыць іх—хаця-б ускосным шляхам—вельмі цяжка. Таму некаторае ўяўленьне аб руху хірургічнай сьмяротнасьці мы можам атрымаць толькі шляхам вывучэньня сьмяротнасьці хірургічных аддзяленьняў і сьмяротнасьці пасьляопэрацыйнай.

Аднак, важна адзначыць пэўную тэндэнцыю, якая, мабыць пашыраецца і на хірургічныя захворваньні, паколькі агульны процант сьмяротнасьці зьяўляецца адлюстраваньнем соцыяльна-клясавых адносін насельніцтва.

Чаканае надалей зьніжэньне агульнага проценту сьмяротнасьці стварае *спрыяльны агульны фон,* на якім мы маем рацыю чакаць зьмяншэньня сьмяротнасьці і ад хірургічных захворваньняў.

Указаныя вышэй асаблівасьці статыстык паасобных установ і хірургічных аддзяленьняў робяць вельмі цяжкім параўнаньне паміж сабою лічбаў хірургічнай сьмяротнасьці ў розныя эпохі і адказ на пытаньне—ці зьмяншаецца сьмяротнасьць ад хірургічных захворваньняў?

Усё залежыць ад таго, які крытэрый для параўнаньня мы будзем браць. Возьмем нашу лічбу—5 проц.—і параўнаем яе з некаторымі старымі лічбамі. *Більрот* меў агульны процант сьмяротнасьці—11; у *Бэргмана* ў 1892 г.—ён быў роўны 11,5, у *Мікуліча* мы маем 12,5 проц. Агульны процант сьмяротнасьці ў прускіх клініках за 1877-1892 г. г. быў на 54.670 хворых—7,8.

Ў рускіх больніцах я таксама сустракаў вялікія лічбы. Ў хірургічным аддзяленьні Міхайлаўскай больніцы ў Тыфлісе за 1887 г. на 492 хворых памерла 56—11,4 проц. сьмяротнасьці (з 14 выпадкаў параненьняў жывата—ніводны ня быў опэраваны). Але сустракаюцца і іншыя лічбы: Базэльская больніца—1874 г.—процант сьмяротнасьці—2,6, Лёнданскі госьпіталь—1873 г. 4 проц.; клініка Падрэза (Харкаў)—1886 г.—5,2 проц.; Кіеўская Аляксандраўская больніца—1887-1992 г. г.—5,2 проц.; Тамбоўская больўіца—1879-1889—4,8 проц.; Сімбірская больніца—1886 г.—5,7 проц.

Оппэль у адным месцы[1]) са зьдзіўленьнем адзначае той факт, што агульны процант сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях ня меншы, як быў, і нават ставіць пытаньне: „дзе-ж адзнакі таго прогрэсу, тых посьпехаў хірургіі, аб якіх крычыць увесь сьвет“? Выходзячы з сярэдняй лічбы—5 проц., ён параўноўвае яе са сьмяротнасьцю ў *Пірагова* і знаходзіць у яго таксама 5 проц. У другім-жа месцы[2])—ён бачыць прогрэс пры параўнаньні нашай сярэдняй хірургічнай сьмяротнасьці з лічбай *Більрота*, роўнай 11 проц. Такім чынам усё залежыць ад таго, што мы бярэм для параўнаньня.

Маючы на ўвазе ўказаныя вышэй адхіленьні ад сярэдняй сьмяротнасьці, я ўзяў для трох пэрыодаў (прыблізна 1870-1900 г. г. 1901-1913 г. г. і 1914-1928 г. г.) сярэднія лічбы больніц і клінік і атрымаў такія вынікі: для старых гадоў (да 1900 г.)—5,8 проц.; для 1900-1913 г. г.—5,6 проц.; для новых—5 проц. Ці можна надаваць значэньне такой малой розьніцы? Значыць, і ў мяне атрымаліся вынікі, якія прымушаюць мяне, як і Оппэля задаць пытаньне: дзе-ж посьпехі? Аказваецца, што сьмяротнасьць не зьмяншаецца, а за апошнія 50 год застаецца стацыянарнай.

Як-жа растлумачыць гэта зьявішча?

Параўноўваць сьмяротнасьць хірургічных аддзяленьняў 50 год таму назад і цяпер цяжка, таму што ў значнай меры зьмяніўся характар хірургічнай дзейнасьці. Лік опэрацый быў не такі вялікі, як цяпер, і яны былі больш абмежаваны пэўнымі вобласьцямі, чым зараз. У якасьці прыкладу магу прывесьці даныя *Вельямінава*, які ў 1887 г. пералічвае наступныя *вялікія* опэрацыі, зробленыя ім:

Разрэзы—23, выскрабаньні—8, тубэркулёз залоз—6, трахеотоміі—2, трэпанацыя чэрапа—1, артротоміі—11, ампутацыі—2, ля-

---

[1]) „Организация и работа в хирургическом отделении“ 1.26 г. ст. 152-153.

[2]) Речь о Бильроте. Вестн. Хирургии, 1929 г.

поратоміі—4, сьвішчы кутніцы—3, геморой—5, гідроцэле—3 экст. вэн—1. Усяго 67 опэрацый; сьмерць 1.

Або лічбы хірурга *Мініна* ў тым-жа 1887 г.: выдаленьняў, лімфатычных залоз—15, разрэзаў—6, сэквэстротоміяй—5, ампутацый—1, гідроцэле—1.

Малую лічбу пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці рускіх больніц трэба тлумачыць нязначнасьцю зробленых опэрацый. Як прыклад, можна ўзяць Уладзімірскую земскую больніцу (за 6 год): на 1.612 хворых было зроблена 548 опэрацый, г. зн. усяго ў $^1/_3$ выпадкаў. Найбольш буйныя опэрацыі з ліку 548 і іх вынікі наступныя:

		сьмярцей	
літотомій	65	5	— 8 проц.
ампутацый	33	3	— 9 „
ляпоратомій . . .	13	3	—21 „
грыж	3	—	— „
трахеотомій . . .	4	1	—25 „
гнойных пляўрытаў.	11	2	—18 „

Або другі прыклад—опэрацыі Кадзьяна ў Сімбірскай больніцы (1886 г.); на 414 хворых усяго 91 буйная опэрацыя—процант сьмяротнасьці—6.

		сьмярцей
трэпанац. чэрапа	1	1
ампутацый	7	1
камнесячэньняў	18	2
нэфротомій	1	—
грыжасячэньняў	4	—
трахеотомій.	4	—
рэзэкцый сустава сьцягна . . .	3	—

Ніводнай ляпоратоміі.

У папярэднія пэрыоды лік опэрацый быў яшчэ меншы: ад 1822 г. да 1846 г., г. зн. за 24 гады, проф. *Саламон* зрабіў 411 вялікіх опэрацый, з іх: літотомій—76, грыжасячэньняў—8, выразаньняў пляча—1, выразаньняў вока—2, трэпанацый—1, анэўрызмаў—12 і т. д. (паводле „Истории хирургии“ *Оппэля*).

Далей розьніца заключаецца яшчэ і ў складзе—групаваньні хворых. Перш за ўсё, вялікая сучасная галіна захворваньняў жывата тады амаль зусім адсутнічала. Можна падаць тут такія лічбы: у старой хірургіі на жывот прыпадала 1-3 проц. агульнай колькасьці опэрацый.

У *Пірагова* ад 1845 г, да 1856 г. на 680 опэраваных хворых опэрацый на жываце было 16—каля 2 проц. У *Караваева* (1842-

1882 г. г.) на 3881 хворага—опэрацый брушной поласьці (сярод іх упраўленьне грыж і т. п.)—117, г. зн. 3 проц.

У пачатку XX стагодзьдзя малюнак мяняецца: брушных опэрацый: у *Дзьяканава*—17 проц., у *Сьпіжарнага*—25 проц., у *Ціхава*—44 проц., у Гэйдэльбэргскай клініцы—27 проц.

У хірургічных аддзяленьнях новага часу лік гэтых опэрацый яшчэ большы: у *Мартынава*—45 проц.; у больніцы імя Дастаеўскага—79 проц.; у Бабухінскай (Масква)—50 проц.; у Інстытуце імя Скліфасоўскага (Масква)—74 проц., у клініцы Спасакукоцкага (2 М. Д. У.)—78 проц., і т. д.

Канцавіны раней адыгрывалі прэвалюючую ролю: у старых больніцах опэрацыі на канцавінах складалі ад 65-51 проц. да 47 проц.; у новых хірургічных аддзяленьнях найменшая лічба—8 проц., найбольшая—34 проц.

Нават за больш позьнія гады адбыўся пэўны зрух, які заключаецца ў тым, што за лік канцавін усё большая і большая доля опэрацый пачало прыпадаць на опэрацыі брушныя. Гэта відаць з параўнаньняў *Мельнікава*.

Месца опэрацыі	Да вайны (у проц.)	Пасьля вайны (у проц.)
жывот	28,5	47,5
канцавіны	25,9	9,6
твар	17,7	19,2
лагво (гінэколёг.)	10,2	8,9
шыя	7,7	4,4
грудзі	6,5	8,4
чэрап	3,5	2,0

Ня будзем забывацца на опэрацыі на грудзях і чэрапе, якія даюць таксама вялікую сьмяротнасьць, і мы зразумеем, чаму цяжка параўноўваць хірургічную сьмяротнасьць апошняй чвэрткі мінулага стагодзьдзя з першаю чвэрткаю нашага. Разуменьне „хірургічнага захворваньня“ зусім зьмянілася. І калі пры больш цяжкіх задачах сьмяротнасьць ў хірургічных аддзяленьнях засталася тэй-жа самай, дык зразумела, нельга не зрабіць ускоснага заключэньня аб фактычным зьмяншэньні хірургічнай сьмяротнасьці.

Далей трэба зьвярнуць увагу ня толькі на сярэднюю лічбу, але і на крайнія лічбы. З гэтага пункту гледжаньня мы маем і абсолютныя посьпехі, таму што ў шмат якіх больніцах процант сямяротнасьці ніжэй 5,—каля 3 проц.; да 1900 г. такіх справаздач было значна менш.

Калі мы ад агульных лічбаў пяройдзем да дэталяў, дык можна знайсьці пераканальныя лічбы, якія ўжо ня ўскосна, а непасрэдна гавораць пра зьніжэньне процанту сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях.

Я зраблю спачатку параўнаньне хірургічнай сьмяротнасьці ў *Більрота* і ў сябе. Гэтыя лічбы тым больш красамоўныя, што *Більрот*—гэта лепшы хірург эпохі, а мае лічбы—гэта сярэднія лічбы нашых часоў. Пры параўнаньні знаходзім, што траўматычныя пашкоджаньні давалі:

у Більрота . . . . . . 8,52 проц.—13 проц. сьмяротнасьці,
у мяне . . . . 6,6 проц.

Запальныя процэсы:

у Більрота . . . . . . 7,6 проц.—12,1 проц.
у мяне . . . . 3,8 проц.
г. зн. мы маем зьмяншэньне ў два ці тры разы.

Пухліны:

у Більрота . . . . . . 12,9 проц.—16,5 проц.
у мяне . . . . 12 проц.

Расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні ў Більрота (пад рубрыкай „іншыя“) } 8,2 проц.—9 проц.
у мяне . . . . 5 проц.

Гэтыя лічбы мне здаюцца характарнымі: зьмяншэньне сьмяротнасьці пры траўмах, запаленьнях, расстройствах жыўленьня і наяўнасьць таго-ж самага процанту сьмяротнасьці пры пухлінах. Але ў першых трох групах зьмяншэньне ў 2-3 разы—рэальны прогрэс, а ня толькі адноснае зьмяншэньне сьмяротнасьці. Прычына ляжыць у тым, што эпоха Більрота і ён сам былі наватарамі і плацілі за новыя, пракладаныя імі шляхі; мы-ж ідзем па гатовых іхных шляхох, унікаючы іхных памылак [1]).

Улічваючы асаблівасьці пасьляопэрацыйных статыстык, мы ўсё-ж можам зрабіць спробу параўнаць пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць да 1900 г. і новых часоў.

Зразумела, няма патрэбы гаварыць пра даантысэптычны пэрыод. Каб даць пра яго хоць некаторае ўяўленьне, я падам такія 2 даведкі: у *Буша* ад 1808 г. да 1816 г. было зроблена 255 опэрацый, з 55 сьмяротнымі вынікамі—каля 22 проц. сьмяротнасьці, агульны-ж процант пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьц ў *Пірагова* быў ад 10 проц. да 26 проц.!

[1]) Першыя 18 рэзэкцый страўніка ў Більрота далі 10 сьмярцей, а першыя 9 Г. Э.—5 сьмярцей (*Гакер* 1885).

Опэрацыі *Пірагова* (1852-1853 г. г.)

		сьмярцей	
Вялікіх опэрацый . .	165	„	43
Ампутацый	43	„	21
Рэзэкцый	8	„	2
Выдаленьне пухлін . .	73	„	6
Плястычных опэрацый	16	„	1
Грыжасячэньняў . .	5	„	3
Літотомій і літотрыпсій	15	„	7

Якія-ж гэтыя „вялікія“ опэрацыі? Апрача, мабыць, рэзэкцый, астатнія опэрацыі былі такімі, якія цяпер робіць пачынаючы хірург.

А вось лічбы лепшых тэхнікаў і хірургаў сваёй эпохі:

У прускіх клініках за 4 гады (1888-1892 г. г.) было зроблена 18.440 опэрацый, з якіх далі сьмяротны вынік—2.236—12,12 проц.

у *Эсмарха*	12,11 проц.
у *Трэндэленбурга*	8,74 „
у *Мікуліча*	12,26 „
у *Бергмана*	18,56 „
у *Більрота*	11,0 „

Калі прыняць сучасную сьмяротнасьць роўнай 5 проц., дык мы будзем мець процант у два разы меншы.

Але яшчэ лепшае і больш правільнае ўяўленьне пра рух пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці за апошнія 50 г. нам можа даць агляд вынікаў у паасобных галінах. Гэтыя прыклады больш дакладныя і таму больш пераканальныя, як агульныя статыстыкі з вялікай колькасьцю няясных фактараў.

Вольныя грыжы зьяўляюцца вельмі цікавым прыкладам. У 1873 г. бэрлінская больніца *Бэтанія* на 101 выпадак вольных грыж мела сьмяротнасьць роўную—23 проц. У 1887 *Банкс* меў 3 проц.; яшчэ ў 1902 г. *Дзьяканаў* меў 4 проц. Цяпер *Крымаў* лічыць сьмяротнасьць роўнай ад 0,9 проц. да 1 проц.; германскія лічбы (больш 200.000 грыж) даюць 0,6 проц.; цэлы рад хірургаў на сотні грыж зусім ня маюць сьмярцей; у мяне на 515 грыж таксама ня было сьмяротных вынікаў.

Цікавымі зьяўляюцца даныя пра зашчэмленія грыжы. Да 1900 г. мы мелі такія лічбы сьмяротнасьці, як 50-60 проц.; *Більрот* меў 52 проц.; яшчэ ў канцы гэтага пэрыоду *Аліпаў* вылічвае старую сьмяротнасьць у 42 проц.; далей, у даваенныя гады (1900-1913) мы маем лічбы—23,5 проц. (*Бондараў*, 1906 г.), 18 проц. (Гейдэльбэргская клініка), 13,8 проц. (Старакацярынская больніца 1906 г.), і т. д. У больш позьнія гады мы сустракаем лічбы 10 проц. *(Міхалкін),* 6,5 проц. (*Шылаўцаў*), 8,5 проц. (Клініка

Мартынава), 6,5 проц. (Інстытут Скліфасоўскага) і т. д. Добрае выражэньне сьмяротнасьці ад зашчэмленых грыж у нашы дні даюць германскія лічбы, атрыманыя на падставе некалькіх дзесяткаў тысяч выпадкаў за 1923-1926 г. г.—9 проц.; у больніцах процант часам значна лепшы (у мяне—4,4 проц.).

Вельмі павучальнай зьяўляецца гісторыя *Г. Э.* (некаторыя лічбы ўзяты мной ў *Салавова*). У 1881-1885 г. г. сьмяротнасьць ад яе была 66 проц. *(Хлумскі)*; у 1885 г. у *Більрота* на 9, *Г. Э.* было 5 сьмярцей. Першыя *Г. Э.* у Расіі *(Манастырскі, Скліфасоўскі)*—усе скончыліся сьмерцю. Ад 1886 г. да 1890 г. было апублікавана 114 выпадкаў *Г. Э.,* а процант сьмяротнасьці быў 47 проц.; з 1891-1896 г.—33,9 проц. Да 1900 г. у Расіі было зроблена 62 *Г. Э.*, са сьмяротнасьцю—27,4 проц. *(Салавоў)*. У 1909 г. *Дабратворскі* змог сабраць 1.834 выпадкі *Г. Э.* з іншакраіннай літаратуры са сьмяротнасьцю—10 проц. і 378—у рускай, са сьмяротнасьцю—8,2 проц. (пры язьве страўніка).

Што-ж мы бачым зараз? Праўда, і цяпер ёсьць статыстыкі са сьмяротнасьцю да 14,19 проц., але сярэдні процант трымаецца каля 3, прычым ёсьць цэлы рад сэрый опэрацый *Г. Э.* без сьмяротных вынікаў.

Якобі ў 1874 г. паведаміў, што 14 вядомых у літаратуры выпадкаў гастростоміі—усе скончыліся сьмерцю; 46 опэрацый да 1887 г. далі сьмяротнасьць—37 проц. Цяпер гэта опэрацыя адносіцца да ліку параўнаўча бясьпечных.

Пэрытоніты паводле *Зыкава* да хірургічнага лячэньня давалі 100 проц. сьмярцей; з таго часу, як іх пачалі лячыць опэрацыйным шляхам—40-25 проц.

Параненьні жывата давалі ў мінулым, у залежнасьці ад цяжкасьці,—56-72 проц.—100 проц. сьмяротнасьці. Пасьля ўвядзеньня опэрацыйнага мэтоду гэты процант зьнізіўся: ужо ў 1910 г. *Янкоўскі* апублікаваў зьніжэньне сьмяротнасьці да 50 проц.; зараз мы маем процант сьмяротнасьці—у сярэднім—роўны 31-38 проц.

Лячэньне пляўрытаў, бязумоўна, зрабіла посьпехі. Калі ўзяць старыя статыстыкі (да 1900 г.), дык найменшая лічба сьмяротнасьці—15,7 проц., найбольшая—45 проц; звычайныя больнічныя лічбы 18 проц.—21 проц.—28 проц. Ад 1900 г. да вайны мы мелі такія значныя лічбы: найбольшая—30 проц., найменшая—7,8 проц.; апошнія гады мы, праўда, сустракаем таксама часам значныя лічбы (асабліва ў дзяцей) але найменшыя лічбы—9,6 проц.—4,5 проц.—4,3 проц.

Пры р а к у г р у д з е й опэрацыя ў *Більрота* давала спачатку 23 проц. сьмяротнасьці, урэшце -6,7 проц; *у Эсмарха* 1878 г.— 10 проц., у бэрлінскай больніцы *Бэтанія*—ад 13 проц. да 25 проц., цяпер у сярэднім сьмяротнасьць пры опэрацыі раку грудзей у нас—2 проц. (у *Герцэна*—1, 39 проц.).

Процант непасрэднай сьмяротнасьці пасьля раку грудзей:

1865-1875 г. г.	—17,3 проц.
1875-1885 „	— 7,0 „
1885-1895 „	— 3,0 „
1895-1905 „	— 2,5 „
з 1905 г.—ніжэй	— 2,0 проц.

Пры р а к у с т р а ў н і к а сьмяротнасьць ад рэзэкцыі да 1886 г. была: найвышэйшая—91 проц. і найменшая—35 проц; у апошнія гады—найвышэйшая 54 проц. *(у Гессэ* з вельмі шырокімі паказаньнямі), сярэдняя—37 проц.—27 проц.—24 проц. (*Пятроў Шаак, Юдзін, Пошэ, Пэйчыч)* і малая—16 проц. *(Штых)*, 10,5 проц. (*Спасакукоцкі*), 6,1 проц. (*Фінстэрэр.*)

К а м е н н а я х в а р о б а п у з ы р а падлягала і ў мінулым шырокамў опэрацыйнаму лячэньню. Процант сьмяротнасьці быў параўнаўча высокі. Некалькі іншакраінных лічбаў сьведчаць пра гэта: дзьве больніцы Лёндану (1872-1873 г. г.) давалі 32 проц. і 13 проц; два аўтара (*Мэйер*—1885 г. і *Томсон*—1885 г.)—19,5 проц. і 10,5 проц. Апошняя лічба была, відавочна, рэкордам, бо яна належыць буйнейшаму ўролёгу часу з матэрыялам у 782 опэрацыі. Рускія лічбы (земскіх больніц, сталічных больніц—1886, 1889, 1891 г. г.) даюць ад 12 проц. да 18 проц. сьмяротнасьці. Агульны процант сьмяротнасьці ад каменнай хваробы ў Расіі (у больніцах) быў роўны ў 1858 г.—10 проц., у 1892 г.—8 проц., у 1902 г.—7 проц. у 1912 г.—4,7 проц. Гэтым лічбам я магу супроцьпаставіць лічбу *Фрэйера*, якая адносіцца да 1928 г. і выключна да дзяцей, дзе на 200 опэрацый быў толькі 1 проц. сьмяротнасьці.

Пры к а м я н я х н ы р а к у свой час *Ізраэль* меў 12 проц. сьмяротнасьці; у апошнія гады *Спасакукоцкі* паведамляе аб 5,7 проц. сьмяротнасьці; *Багаслоўскі*—аб 5,4 проц.; *Джыбсон*—аб 5 проц; *Чайка*—аб 1,28 проц.; *Штых*—аб 0 проц.

Старыя статыстыкі *нэфрэктоміі* пры тубэркулёзе нырак (апрача *Шмідэна*) паведамляюць аб наступным процаньце сьмяротнасьці:

Факлам, 1883 г.—28-30 проц. сьмяротнасьці
Кюстэр, 1902 г.—18,8 проц. „

Да 1912 г. шматлікія статыстыкі даюць сярэднюю лічбу—11 проц. і пасьля 1912 г. на 1921 г.—такая-ж сярэдняя роўна 4 проц.

Паводле *Шмідэна*, пасьля нэфрэктоміі пры тубэркулёзе нырак:

1890-1880 г. г. памерла—35,6 проц.
1890-1900 г. г. „ —24,5 „

Пасьля 1900 г. памерла—ад 1,6 проц. да 5,9 проц.

Калі мы возьмем рэзэкцыі сустава—опэрацыі, як раз характарныя для даўнейшых часоў, дык і тут мы бачым розьніцу. *Кеніг* у 1880 г. меў 22 проц. сьмяротнасьці пры рэзэкцыі тубэркулёзнага калена; *Зак*—17,3 проц; *Баброў* у 1891 г.—21 проц. за апошнія гады *Сьпіжарны* гаворыць пра 3-5 проц.; *Спасакукоцкі* на 15 рэзэкцый сустава сьцягна меў 1 сьмерць(6,5 проц.); *Ортэга*—1927 г.—5 проц.; *Джыбсон*—1927 г.—4 проц.

Пухліны сьпінных мазгоў даюць паводле *Стургсберга* (да 1908 г.)—29,1 проц. сьмяротнасьці; *Краўзэ* (да 1911 г.)—20 проц., *Ранцы* (да 1922 г.)—8,8 проц.; *Эльсбэрг* (1925 г.)—3 проц.

Такім чынам, у цэлым радзе галін прогрэс бязумоўна ёсьць. За 50 апошніх год сьмяротнасьць пры опэрацыях вольных грыж зьменшылася мінімум у 4 разы; пры зашчэмленых—у 4-5 разоў; пры *Г. Э.* добраякасным—у 12-15 разоў; пры пэрытоніце—у 2 разы; пры параненьнях жывата—у 1,5-2 разы; пры пляўрытах—у 5 разоў; пры раку грудзей—у 8 разоў; пры раку страўніка—у 3-4 разы; пры камянях пузыра—у 4-5 разоў; пры камянях нырак—у 3 разы; пры тубэркулёзе нырак—у 5-6 разоў; пры рэзэкцыях сустава—у 4 разы; пры пухлінах сьпінных мазгоў—у 2-3 разы і т. д.

Няма патрэбы павялічваць больш гэты сьпіс, бо далей мы ўсёроўна будзем гаварыць пра процант сьмяротнасьці пры пасобных захворваньнях. Я ўзяў гэтыя прыклады для таго, каб паказаць, што наша палажэньне пра зьмяншэньне пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці—мае за падставу бясспрэчныя матэрыялы.

II. Фактары хірургічнай сьмяротнасьці.

Да таго, што можна назваць „фактарамі“ хірургічнай сьмяротнасьці, я залічаю ўплыў такіх момантаў, як:

А) характар захворваньня і яго лёкалізацыя;

Б) доўгачасовасьць і запушчанасьць захворваньня;

В) опэрацыйнае ўмяшаньне;

Г) біолёгічныя моманты;

Д) соцыяльныя моманты.

Вывучэньне гэтых фактараў важна для нас тым, што яно дапамагае вызначыць шляхі змаганьня з хірургічнай сьмяротнасьцю і дазваляе рабіць вывады адносна агульнага прогнозу.

А. ХАРАКТАР ЗАХВОРВАНЬНЯ І ЯГО ЛЁКАЛІЗАЦЫЯ, ЯК ФАКТАР ХІРУРГІЧНАЙ СЬМЯРОТНАСЬЦІ.

Я падзяляю ўсе захворваньні на наступныя групы, паводле асноўнага этыолёгічнага прынцыпу:

1) аномаліі разьвіцьця,

2) пашкоджаньні,

3) запаленьні,

4) пухліны,

5) расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні.

Аномаліі разьвіцьця (прыроджаныя хваробы).

Аномаліі складаюць вельмі нязначную долю хірургічных захворваньняў; як відаць, гэтая група складае *(Смулевіч)* каля 1 проц. усіх захворваньняў

Сярод хірургічных стацыянарных хворых гэтая група большшая, як 1 проц. Так, *Джыбсон* на 12.144 хворых меў 69 выпадкаў—каля 0,5 проц.;—*Пэтрэн*—2,5 проц.; у мяне было на 6.720 хворых—67 аномалій, г. зн.—1 проц. Ва ўсякім разе ясна, што ў хірургічнай захворвальнасьці—аномаліі вялікага значэньня ня маюць.

Уяўленьне пра агульную сьмяротнасьць ад аномалій даюць лічбы Германіі:

	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Лік выпадкаў	8.846	9.559	11.764	13.002
лік сьмярцей	342	403	428	466
проц.	каля 4 проц.	каля 4 проц.	3,7 проц.	3,6 проц.

Лічбы сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях большыя бо там падлягаюць опэрацыйнаму лячэньню больш цяжкія выпадкі.

Гайле на 87 опэрацыйных выпадкаў меў 5 сьмярцей (да 1 г.) —5,7 проц.

Джыбсон на 69 проц. опэрацыйных выпадкаў меў 7 сьмярцей—10 проц.
ён-жа на 56 опэрацыйных выпадкаў меў 7 сьмярцей—12 проц.

Мой матэрыял 67 хворых 4 сьмерці — 6 проц.
46 опэр. выпадкаў 4 „ — 8 проц.

Загінуўшыя—гэта гідроцэфалюс, сьпіннамазговая грыжа; таксама ў *Гайле* ў *Джыбсона*—да гэтых яшчэ далучаюцца воўчая пашча, атрэзія стравaходу, эктопія мачавога пузыра.

Некаторае ўяўленьне пра агульную і пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць пры паасобных прыроджаных хваробах даюць наступныя даныя: Зайцава губа дае паводле *Гарэ-Борхард* да 10 проц. сьмяротнасьці; пры опэрацыях—паводле *Сьпіцы*—2 проц.; паводле *Леда*—3 проц. Воўчая пашча: пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць ў *Дэйбнэра* (на падставе 1667 выпадкаў у 22 аўтароў) вагаецца ад 0,8 да 6,6 проц., у большасьці бывае роўнай 2 проц.—3 проц.

Падаю некалькі статыстык пра чэрапна-мазговыя і сьпіннамазговыя грыжы: на 200 выпадкаў чэрапна-мазговых грыж толькі 15 чалавек дасягнула дарослaсьці.

Сьмяротнасьць пры опэрацыі—27 проц.,—42 проц.,—45 проц.; у сярэднім больш новыя статыстыкі даюць—33 проц. Сьпіннамазговая грыжа: 1) на 90 неопэраваных толькі 20 дажыло да 5 год *(Вэрніц)*, 2) на 649 дзяцей са сьпінна-мазговай грыжай 615 памерла на працягу першага году (ангельскія даныя). Пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць пры гэтай грыжы розная—ад 14 проц. да 50 проц., сярэдняя—30-40 проц.

Эктопія мач. пузыра: добрае ўяўленьне дае статыстыка *Мэйо*: на 66 опэрацый—18 сьмярцей; гэтыя вынікі трэба лічыць вельмі добрымі.

Прыроджаны стэноз пэлёруса дае ад 0 да 60 проц., сьмяротнасьці, сярэдняя—15 проц.

Стэнозы і атрэзіі страўнічна-кішочнага тракту даюць вельмі вялікую сьмяротнасьць.

Атрэзія кутніцы дае пры опэрацыі сьмяротнасьць ад 22 проц. да 79 проц.; сярэдняя—37 проц.

Пытаньне аб профіляктыцы прыроджаных хвароб зьяўляецца момантам занадта складаным, каб можна было чакаць надалей значных зьмен. Прыроджаныя цяжкія хваробы не перадаюцца па спадчыне, дый гэта і зразумела, бо вялізарная колькасьць хворых гіне; лёгкія хваробы, якія перадаюцца па спадчыне, не пагражаюць жыцьцю. Магчыма, што эўгенічныя мерапрыемствы будучыні зьменшаць процант прыроджаных хвароб; але на агульную хірургічную сьмяротнасьць гэта ня зробіць хоць сколькі-небудзь значнага ўплыву, паколькі самы лік хвароб нязначны.

Што-ж датычыць зьмяншэньня проценту сьмяротнасьці пры лячэньні гэтых прыроджаных хвароб, дык трэба адзначыць наступны факт: сьмяротнасьць пры опэрацыйным лячэньні прыроджаных хвароб, магчыма крыху павялічалася за апошні час у сувязі з тэндэнцыяй опэраваць магчыма раней, г. зн. самых малых дзяцей, каб атрымаць лепшыя функцыянальныя вынікі. Вельмі малыя дзеці дрэнна пераносяць опэрацыйныя ўмяшаньні. Таму мне здавалася-б правільным не форсываць гэтай плыні. Сьмяротнасьць пры шмат якіх хваробах, як мы бачылі, зьмяншаецца; але пэўны процант яе застанецца назаўсёды, бо дзеці, якія родзяцца з тымі ці іншымі аномаліямі разьвіцьця, самі па сабе становяць мала ўстойлівыя і мала жыцьцяздольныя організмы.

2. Пашкоджаньні

Зусім іншае значэньне маюць траўмы. Яны складаюць вельмі значную групу хірургічных захворваньняў. У Расіі за 1902 г. у процантных стасунках траўмы давалі 5,5 проц. усёй колькасьці хворых (для параўнаньня—лічба заразьлівых хвароб—19,7 проц., хвароб стрававальных органаў—15,7 проц. і т. д.); у 1912 г. гэтая лічба была—6,9 проц. На Беларусі процант пашкоджаньняў у адносінах да агульнай захворвальнасьці (*Смулевіч*)—5,7 проц.

Сярод застрахаванага насельніцтва траўмы бываюць яшчэ часьцей. Паводле даных СССР за 1925 г. сярод хвароб прамы-

словых рабочых траўмы займаюць другое месца, даючы 19,1 проц. (пры 24,3 проц. інфэкцыі); у служачых і непрамысловых застрахаваных яны давалі 6,1 проц. Таксама паводле ангельскіх даных 1924 г. траўмы займаюць трэцяе месца (тубэркулёз—20,1 проц., інфэкцыі—13,8 проц., траўмы—13,4 проц.).

У некаторых профэсіях гэты процант павялічваецца да 36,6 (здабывальная прамысловасьць), 34,5 проц. (апрацоўка мэталю, дрэва), 31 проц. (транспорт), 30 проц. (апрацоўка мінэралю) і г. д. (СССР, 1925 г.). Паводле *Садоўнікава*—да 44 проц. усіх хвароб у рабочых—гэта траўмы.

Якія ўмовы ў цяжкай індустрыі? *Дзеравенка* ўказвае такія лічбы: на заводзе імя Пятроўскага ў 1924 г. было 9.763 рабочых, траўмаў—15.005 (153 проц.); у 1926 г.—колькасьць рабочых—17.192, траўм—16.505.

Траўматызм сярод сялянскага насельніцтва менш, але ўсё-ж і тут ён значны. Калі абазначыць коэфіцыент прамысловага траўматызму лічбай—80, тады сялянскі траўматызм абазначыцца—40 (паводле Оппэля).

У якасьці вываду можна прыняць палажэньне, што траўмы адыгрываюць значную ролю ў агульнай захворвальнасьці і яшчэ больш значную—сярод хірургічных захворваньняў.

Таксама не малое месца займаюць траўмы сярод хворых хірургічных аддзяленьняў, хоць значная большасьць траўм, як лёгкія, у стацыянар не пападаюць. Гэта характарызуюць лічбы *Дзеравенка*: з усёй колькасьці пашкоджаньняў на заводах госьпіталізавана было—1 проц. У Расіі ў 1912 г. на агульны лік—3.282.841 хворых, якіх лячылі ў больніцах (ня толькі хірургічных)—траўм было 9 проц., г. зн. кожны 11 хворы лячыўся ад пашкоджаньня.

У хірургічных больніцах процант гэты, зразумела, большы, ён вагаецца залежна ад характару ўстановы. Напр., клініка *Дзьяканава* мела ўсяго 3 проц., што тлумачыцца яе аддаленасьцю ад цэнтра гораду. Лічба *Джыбсона* (14 проц. на 12.144 хворых вялікай амэрыканскай больніцы) мабыць, правільней за ўсё паказвае існуючыя стасункі.

У Абухоўскай больніцы ў 1913 г. на 8.199 хворых было 38,5 проц. траўм (зломаў і параненьняў); у *Більрота* ў Цюрыху пашкоджаньняў было—47 проц.; у Вэне—21 проц. усіх захворваньняў. У *Ваўковіча* (Кіеў) пашкоджаньні складалі 30 проц., а зломы—17 проц. усіх хворых. У земскіх больніцах дарэволю-

цыйнага часу—51 проц. (Тамбоўская), 43 проц. (Елецкая). У другой земскай больніцы на 2.268 хірургічных хворых траўм было 279, г. зн. 10,6 проц. У маёй клініцы (больніцы) процант траўм быў роўны—18,3. Сярэдні процант траўм сярод хірургічных хворых у стацыянарах можна лічыць роўным 15-20 проц.

Гэты процант, сам па сабе даволі вялікі, аднак значна павялічваецца для некаторых вобласьцей цела і асабліва для галавы і канцавін. Напр., у Інстытуце Скліфасоўскага (Масква, 1925 г.) на ўсе захворваньні галавы—пашкоджаньняў было—90 проц., а ў Елецкай—звычайнага тыпу рускай больніцы—50 проц.

Паводле матэрыялу раду больніц, пашкоджаньні паражаюць перш за ўсё галаву, потым канцавіны, грудзі і, нарэшце, жывот, шыю і т. д.

Назіраньні маёй клінікі даюць наступны малюнак:

Пашкоджаньні чэрапу	складалі	81	проц.	усіх	захворваньняў	данай	вобласьці.
„ верхніх канцавін	„	68	проц.	„	„	„	„
„ ніжніх	„	46	„	„	„	„	„
„ грудзей	„	43	„	„	„	„	„
„ хрыбетніка	„	35	„	„	„	„	„
„ твару	„	20	„	„	„	„	„
„ шыі	„	11	„	„	„	„	„
„ жывата	„	8	„	„	„	„	„
„ мачапалавых орган.	„	4	„	„	„	„	„

Агульная сьмяротнасьць насельніцтва ад траўм ілюструецца такімі лічбамі: у СССР (1925 г.) на 10.000 насельніцтва памерла ад пашкоджаньняў:

Масква 5,1, Ленінград 5,9, іншыя гарады 5,4-5,5, Украіна 4,3 і Беларусь 5 (паводле *Смулевіча*—4).

У Германіі памерла ад пашкоджаньняў:

У гарадох, дзе насельніцтва больш 100.000—3,6
„ „ „ „ менш „ 3,0

У Італіі, у абсолютных лічбах, у 1924, 1925 і 1926 г. г. памерла ад пашкоджаньняў 12.887, 13.434 і 12.659 чалавек (для параўнаньня падаю лічбы сьмярцей ад злаякасных пухлін там-жа—25.719, 22.734, 22.548).

Удзел сьмярцей ад траўм у агульнай сьмяротнасьці паказваюць наступныя даныя: на Беларусі—гэты процант роўны—2,4; па штату Канзас (Паўночна-Амэрыканскія Злучаныя Штаты) —5,7 проц. Паміж гэтых лічбаў, у якіх яскрава выяўляецца момант індустрыяльнага разьвіцьця, вагаецца лічба ўдзелу сьмяротнасьці ад траўм у агульнай сьмяротнасьці.

Прычыны сьмяротнасьці (даныя штату Канзас на 1927 г.)

	абсолютныя	на 100.000 насельніцтва
паражэньні сэрца . .	2.612	142,3
злаякасныя пухліны .	1.839	100
апоплексія	1.832	99,6
нэфрыт	1.534	83,4
траўма	1.345	73,1

Які процант сьмяротнасьці сярод самых траўматыкаў?

Паводле даных Народнага Камісарыяту Працы РСФСР у 1922-23 г. г. ад прамысловых траўм памерла 0,5 проц., што дае вялізарную абсолютную лічбу.

У Расіі ў 1912 г. памерла ад пашкоджаньняў з ліку пацыентаў, што знаходзілася ў рускіх больніцах—9.207 чалавек, што складае 3,1 проц. і 5 проц. у адносінах да ўсіх памершых у больніцах; у *Джыбсона* на 1.598 траўматычных пашкоджаньняў памерла 4 проц. Цікава параўнаць з гэтым лічбы аднаго ангельскага госьпіталю 1872 г. (госьпіталь сьв. Георга), дзе процант сьмяротнасьці ад траўм—5,3. У *Більрота* процант сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў вагаўся паміж 13 і 18,5. У мяне ў клініцы процант сьмяротнасьці траўматыкаў быў роўны—6,6 проц. Такім чынам, мы бачым, што ў залежнасьці ад цяжкасьці выпадкаў процант сьмяротнасьці вагаецца паміж 4 і 7.

Як можа змагацца хірургія з гэтай сьмяротнасьцю? Конкрэтны адказ можна даць, вывучыўшы голоўныя компанэнты траўматычнай сьмяротнасьці.

Пашкоджаньні чэрапу.

Траўмы чэрапу заслугоўваюць разгляду ў першую чаргу, як па сваёй адноснай частасьці, так і па сваёй небясьпечнасьці. Сярод зломаў касьцей наогул, зломы чэрапу адыгрываюць ня такую ўжо вялікую ролю ў сэньсе частасьці (ад 1,45 проц. да 3,8 проц.); у апошніх германскіх статыстыках на 275.450 зломаў налічваецца 9.036 зломаў чэрапу, г. зн. 3,4 проц.; але ў госьпітальных умовах гэтыя лічбы большыя—10-19 проц.

Розныя пашкоджаньні галавы наогул зьяўляюцца цяжкімі. Калі ўзяць больнічныя лічбы, дык сьмяротнасьць роўная—5,2-6,5-12 проц. *У Сакалоўскага* (Менск) гэты процант роўны—10%, у мяне—11 проц.

Калі-ж узяць толькі зломы чэрапу, дык процант рэзка павялічваецца. Найбольшыя абсолютныя лічбы мы маем у Германіі:

тут за 4 гады на 30.598 выпадкаў злому чэрапу было 7.283 сьмерці, г. зн. 24,2 проц.—кожны чацьверты хворы гіне. Аднак, сюды ўваходзіць, бясспрэчна, і частка больш лёгкіх выпадкаў, бо калі ўзяць толькі больнічныя лічбы, дык яны большыя. Найменшую лічбу дае *Дзікінсон*—29 проц.; у большасьці яна вагаецца паміж 32-39 проц., нават даходзіць да 50 проц. (*Эвоян*). *Оратор* (1930 г.) лічыць сьмяротнасьць пры пашкоджаньнях чэрапу роўнай—15 проц. Старыя лічбы (*Бэтанія* 1843 г.) даюць яшчэ большы процант—на 49 выпадкаў—32 сьмерці—64 проц. *Брэн* на 470 пашкоджаньняў чэрапу сабраў 165 сьмярцей, г. зн. процант сьмяротнасьці—35 (1881-1901 г. г.); у *Ваўковіча* сьмяротнасьць пры зломе чэрапу была—25 проц.: у мяне на 54 выпадкі зломаў чэрапу памерла 18 чалавек, г. зн.—33 проц. Часам сустракаем і малы процант. Напр. у *Сакалоўскага* (Менск)—12 проц. Гэты малы процант я тлумачу выключна больш лёгкім матэрыялам.

Зломы асновы чэрапу зьяўляюцца яшчэ больш цяжкімі. Праўда, *Лесэн* дае 12 проц., *Кеню*—15 проц.; але гэтыя лічбы зьяўляюцца выключэньнем; з іншых мне вядомых лічбаў ,найменшая—29,8 проц., найбольшая—76 проц. Амэрыканскія лічбы—39,8 проц.; 52 проц.; 69 проц., *Ваўковіч* дае 40 проц.

Зломы скляпеньня даюць меншыя лічбы—13,3 проц.; 35 проц.; 46 проц. Вельмі цяжкімі зьяўляюцца зломы адначасова скляпеньня і асновы чэрапу: так *Эвоян* дае 40 проц. сьмяротнасьці, *Картэр*—на 160 выпадкаў—59,6 проц.

У параўнаньні з вышэй паказанымі лічбамі, лічбы *Мельнікава*—процант сьмяротнасьці ад зломаў чэрапу да вайны—6,4 проц. і 8,4 проц.—пасьля вайны,—для мяне зьяўляюцца зусім незразумелымі.

Сумныя лічбы даюць агнястрэльныя раны мірнага часу: на 15 выпадкаў, напр.,—12 сьмярцей (*Зьвераў*, Інстытут Скліфасоўскага). У маім матэрыяле—на 10 выпадкаў памерла 5 чалавек (неопэраваных). Прычыну цяжкасьці гэтых параненьняў трэба, мабыць, бачыць у блізкай адлегласьці, на якой наносяцца параненьні, бо гэта ў большасьці выпадкаў—самагубствы. Мой уласны вопыт пры пашкоджаньнях галавы такі: пашкоджаньні чэрапу складаюць галоўную частку хірургічных захворваньняў чэрапу ў звычайнай больнічнай абстаноўцы; у мяне сьмяротнасьць—81 проц., г. зн. 4/5 выпадкаў; большасьць гэтых параненьняў, на шчасьце, не пранікаюць у поласьць мазгоў (4/5), толькі 1/5 з іх—пранікальныя (32 на 161); ад непранікальных ран чэрапу звы-

чайна сьмяротных вынікаў не здараецца: так, на 129 выпадкаў мы ня мелі ніводнай сьмерці (з гэтага ліку 19 опэравалася):

пашкоджаньні мяккіх частак чэрапу	87
вытненьні чэрапу	20
пашкоджаньні касьцей чэрапу (зломы)	22
УСЯГО . . .	129

Пранікальныя-ж параненьні даюць такі малюнак:
пашкоджаньні скляпеньня чэрапу, якія пранікаюць ў мазгі: 13, з іх не опэравана 3, сьмяротных вынікаў 2
опэравана 10 „ 4

Зломаў асновы 8, не опэраваны, сьмяротных вынікаў 6

Агнястрэльных параненьняў чэрапу—10, не опэравана 7, пам. 5
опэравана 3, „ 0

Опэрацыі не рабілі ў безнадзейных або, наадварот, у лёгкіх выпадках.

Пранікальныя раны даюць вельмі вялікую сьмяротнасьць: на 32 выпадкі—18 сьмярцей, г. зн. памерла больш палавіны. Калі ўзяць процант сьмяротнасьці ў адносінах да агульнай колькасьці пашкоджаньняў, дык сьмяротнасьць будзе роўнай 11 проц. (18 на 161).

Гэта вялікая сьмяротнасьць залежыць выключна ад цяжкасьці пашкоджаньняў. На 19 чалавек не опэраваных—не опэраваліся толькі найбольш лёгкія і найбольш цяжкія—памерла 14 чалавек (г. зн. $^2/_3$); на 13 чалавек опэраваных памерла 4 чалавека (г. зн. $^1/_3$).

Пашкоджаньні чэрапу на маім матэрыяле зьяўляюцца пераважна вынікам трох момантаў: бойкі, профэсыянальнай траўмы, выпадковых пашкоджаньняў.

На 161 выпадак,—было пашкоджаньняў, атрыманых у бойцы —81; профэсыянальных траўм—33, сярод якіх 18 пашкоджаньняў ад сельскагаспадарчых прылад; 42 пашкоджаньні былі выпадковымі; 5 пашкоджаньняў—вынікі самагубства (агнястрэльнае параненьне).

Не заўсёды сьмяротны вынік пры пашкоджаньнях чэрапу зьвязан з велічынёй параненьня; часам прычынай сьмяротнага мэнінгіту ці абсцэсу можа быць параненьне самае нязначнае.

Што можа хірург супроцьпаставіць гэтай жахлівай сьмяротнасьці?

Не гаворачы ўжо пра звычайныя мерапрыемствы па доглядзе за ранай і пра опэрацыйнае ўмяшаньне пры пэўных паказаньнях,—некаторыя настойваюць на самых радыкальных адносі-

нах—безадкладнай трэпанацыі, ліаччы, што пры гэтым нічога ня траціцца, а выйграць можна ўсё.

Якія-ж вынікі ў абаронцаў такога радыкалізму?

Лічбы адных гавораць за такое ўмяшаньне, лічбы другіх—за больш асьцярожны падыход.

Так *Картэр*, маючы агульны процант сьмяротнасьці—39, пры опэрацыі мае—37,2 проц. *Мікстэр* у неопэраваных мае сьмяротнасьць—58,3 проц. у опэраваных—43,4 проц. (пры зломах асновы), *Эвоян* на 17 неопэраваных—80 проц., на 18 опэраваных—40 проц. (злом асновы). *Сакалоўскі* на 54 опэраваных—15 проц.; *Эвоян* на 22 опэраваных—15., а на 10 неопэраваных—5 сьмяротных выпадкаў, г. зн. 50 проц. (скляпеньне), але ў другой сэрыі—54 опэраваных—22 сьмерці, г. зн. 40 проц., 26 неопэраваных—20 проц. З другога боку, *Макрэзі*—на агульную суму выпадкаў мае 39 проц. сьмяротнасьці, а з опэраваных—59 проц.; *Дзікінсон* консэрватыўным лячэньнем дасягнуў 29 проц. сьмяротнасьці замест 55 проц.; у Інстытуце імя Скліфасоўскага на 18 неопэраваных выпадкаў памерла 2, г. зн. 12 проц. і т. д. Мне здаецца, што вынік залежыць ад паказаньняў. Неопэраваныя паказваюць большую сьмяротнасьць ад таго, што яны асабліва цяжкія, і іх іменна таму не опэруюць і т. д.

Што рашаючым момантам зьяўляецца, бязумоўна, не опэрацыйнае ўмяшаньне, відаць з табліцы *Картэра* (1927 г.) дзе ў аднаго і таго-ж самага аўтара, пры аднолькавых умовах лячэньня хворых, вынікі былі наступныя:

на 389 выпадкаў—

на 106 траўм чэрапу бяз страты прытомнасьці, сьмяротнасьць —7,2 проц.

на 106 траўм чэрапу са стратай прытомнасьці, сьмяротнасьць —16,7

на 177 траўм чэрапу з доўгачасовай стратай прытомнасьці сьмяротнасьць 68 проц.

Характарна, што ў матэрыяле *Сакалоўскага*, які меў 12 проц. сьмяротных вынікаў,—78 проц. усіх пашкоджаньняў здарылася ў часе бойкі і ня было ніводнага агнястрэльнага параненьня; у мяне, пры 33 проц. летальных вынікаў, пашкоджаньняў ад бойкі было толькі 50 проц. і мелася 10 агнястрэльных параненьняў (на 54 выпадкі); у *Эвояна*, дзе пашкоджаньні атрыманы на нафтавых промыслах—50 проц. сьмяротнасьці.

На сваім матэрыяле я атрымаў такія лічбы:

не опэравалася 19, памерла—14; опэравалася 13, памерла—4.

На першы погляд вывад можа быць такі: опэрацыйны спосаб дае лепшыя вынікі. Але справа ў тым, што не опэраваліся іменна найбольш цяжкія хворыя, якія пасьля некалькіх гадзін знаходжаньня ў клініцы паміралі; опэрацыі-ж рабіліся ў выпадках менш цяжкіх.

Наогул, пры ўважлівым аналізе малых лічбаў сьмяротнасьці выходзіць, што і яны ня вельмі малыя. Прыклад—лічбы *Сакалоўскага*, у якога пры опэрацыйным лячэньні пранікальных ран чэрапу выжывала 85 проц. Вылічаецца гэты процант так: на 54 опэраваных памерла 8 чалавек. Але з гэтых 54 опэраваных —5 опэравана з прычыны эпілепсыі і паралюшаў праз доўгі час пасьля пашкоджаньня, г. зн. у групу сьвежых пашкоджаньняў іх залічыць нельга. Далей указана, што ў 16 выпадках пашкоджаньняў цьв. мазг. абалонкі ня было. Калі адлічыць гэтага 21 чалавека, дык застаецца 33 выпадкі, і процант будзе ўжо не 15, а 24, г. зн. звычайны процант сьмяротнасьці ад параненьняў чэрапу (гл. вышэй.)

Вывады такія:

З траўматыкаў з пашкоджаньнямі чэрапу гіне да 25 проц.

Гэтыя хворыя паміраюць у першыя 12 гадзін—ад цяжкасьці паражэньня і вялікіх крывязьліцьцяў; у першыя 24 гадзіны—ад павялічэньня ціску ў мазгох; потым ад інфэкцыі.

Вынік залежыць галоўным чынам ад цяжкасьці пашкоджаньня; наўрад ці ў гэтым факце шмат што можна зьмяніць опэрацыйным умяшаньнем, хоць яно ў значнай меры засьцерагае ад разьвіцьця інфэкцыі.

Пашкоджаньні хрыбетніка.

Траўмы хрыбетніка (зломы) таксама даюць вялікую сьмяротнасьць, дзякуючы ўдзелу сьпінных мазгоў: пашкоджаньні сьпінных мазгоў і крывязьліцьці ў іх цягнуць за сабой паражэньні важных жыцьцёвых цэнтраў. Далей ідуць другачныя пнэўманіі, пролежні, уросэпсіс.

Сьмяротнасьць ад зломаў хрыбетніка вельмі добра ілюструецца наступнымі матэрыяламі. Лічбы германскай статыстыкі даюць у сярэднім ад 13,4 проц. да 23,6 проц. (на 8936 хворых—памерла 1496—16,5 проц.). У *дэ-Кервэн* (1908 г.) на 218 опэраваных выпадкаў—55 сьмяротных вынікаў—25 проц. У статыстыках боль-

нічных аддзяленьняў гэты процант даходзіць да 40 і нават больш. Лічбу 40 проц. дае, напр., Інстытут Скліфасоўскага (1925 г.). *Гаўман* (1926 г.) налічвае на 204 выпадкі—130 сьмярцей. *Ваўковіч* (1928 г.) проц. сьмяротнасьці ад зломаў хрыбетніка вызначае ў 64-80. На яго асабістым матэрыяле з 8 хворых памерла—6. *Лойд* на 82 раньнія опэрацыі пры зломах хрыбетніка меў 72 сьмерці.

Ня маючы магчымасьці вывесьці сярэдні процант, я ўсё-ж, спасылаючыся на папярэднія даныя, думаю, што пры зломах хрыбетніка процант сьмяротнасьці набліжаецца да 20, а пры цяжкіх пашкоджаньнях сьпінных мазгоў—да 40 проц.,—процант, які мала адстае ад проценту сьмяротнасьці пры пераломах чэрапу. *Оратор* (1930 г.) лічыць таксама процант сьмяротнасьці пры пашкоджаньных сьпінных мазгоў роўным 20.

Пашкоджаньні органаў жывата.

Пашкоджаньні органаў жывата, якія не зьяўляюцца ў лічбавых адносінах значнымі, даюць надзвычайна вялікую—адносна—сьмяротнасьць. Даўнейшыя статыстыкі да пэўнай ступені могуць быць прадстаўлены наступнымі данымі: *Шовэль* (1888) апублікаваў сабраны з 1880 г. 41 выпадак опэрацый пры агнястрэльных параненьнях жывата, з іх памерла—29, г. зн. 72 проц.

Але і сучасныя лічбы сьмяротнасьці пры пашкоджаньнях органаў жывата таксама даволі вялікія; вагаючыся каля 35-40 проц. яны набліжаюцца да лічбаў пры пашкоджаньнях чэрапу. І зараз лічбы ў 50 проц. зусім не зьяўляюцца такім рэдкімі *(Мільлер, Лёрыя). Оратор* (1930 г.) называе лічбу ў 30 проц. Цікава адзначыць, што ў *Лёрыя* на 76 хворых 65 чалавек опэраваліся ў першыя 2 гадзіны і ўсё-ж такі процант сьмяротнасьці быў—57,5.

Закрытыя пашкоджаньні даюць горшы прогноз, мабыць, з прычыны больш цяжкай дыягностыкі і з прычыны гэтага больш позьняй опэрацыі.

Пагаршаюць прогноз множныя параненьні некалькіх органаў, што стварае асабліва складаныя і няспрыяльныя ўмовы, а таксама параненьні грудной і брушнай поласьці адначасова. Пра множныя параненьні жывата я яшчэ ў 1909 г. апублікаваў работу, якая дае ўяўленьне аб цяжкасьці гэтых параненьняў. Каб пазнаёміць са сьмяротнасьцю пры пашкоджаньнях органаў жывата, я падаю некалькі статыстык:

Янкоўскі, 116 выпадкаў—55 проц., *Фінкельштэйн*—54 проц., *Магула*—40 проц., *Богараз*—36 проц. і *Гаген*—46 проц.

Інстытут Скліфасоўскага (1925 г.

Адначасовае параненьне жывата і грудзей, 4 выпадкі, памерла—4 чал.—100 проц.

Раны жывата, ...	38	выпадкаў, памерла	12 чал.	—31 проц.
Бондараў (1909)	22	„ „	8 „	—38 „
Залога	18	„ „	9 „	—50 „
Абухоўская больн. (1912 г.)	192	„ „	70 „	—36 „

Мой матэрыял складаецца з 30 выпадкаў пашкоджаньня розных органаў жывата з 14 сьмярцямі, што дае 46 проц. (на 14 сьмярцей—8 ад пашкоджаньняў кішак і 4—ад пашкоджаньняў печані—агнястрэльныя).

Аднак, сумарныя лічбы яшчэ недастатковыя для поўнай ацэнкі сур'ёзнасьці пашкоджаньняў жывата, і мы яшчэ зьвернемся да пашкоджаньняў паасобных органаў.

Страўнік. Цэлы рад статыстык у сярэднім дае лічбу сьмяротнасьці—45 проц. Такі процант зьяўляецца больш значным, чым пры пэрфарацыі язвы страўніка, і гэта прымушае задумацца (вялікая кіслотнасьць соку? Падрыхтаванасьць брушыны? Спадарожныя параненьні?).

Асабісты мой матэрыял невялікі, таму і рабіць вывады з яго ня лічу магчымым.Назіралася два параненьні страўніка (агнястрэльныя): адзін хворы, які быў дастаўлены на 2-я суткі пасьля параненьня, загінуў ад пэрытоніту. Сьмерць тут зьяўляецца вынікам запушчанасьці выпадку.

Кішочнік

	Колькасьць выпадкаў	Колькасьць сьмярцей	Проц. сьмяротнасьці
Джыбсон (1919—1924 г. г.)	10	7	70
Магула (1912 г.)	45	21	46
Пэтры	160	149	93
Фішэр	—	—	20
Богараз	—	—	50
Фінкельштэйн	—	—	40
Янкоўскі	—	—	36

У сярэднім гэтыя лічбы даюць 50 проц., крыху больш, як параненьні страўніка.

Я меў на 15 хворых—8 сьмярцей, г. зн. процант сьмяротнасьці роўны 50, вылічанаму мной вышэй сярэдняму проценту. На падставе сваёй практыкі, я хачу зазначыць, што пры

пашкоджаньні кішочніка раньні тэрмін опэрацыі, хоць і мае вялікае значэньне, але не зьяўляецца рашаючым момантам, як у радзе іншых пашкоджаньняў жывата. Сярод памершых маіх хворых было 4 выпадкі пашкоджаньня тоўстай кішкі, 2 выпадкі—тонкай і тоўстай; 2 выпадкі—толькі тонкай; аднаго хворага прывезьлі вельмі позна і ён не опэраваўся.

Пашкоджаньні печані наогул даюць вялікі процант сьмяротнасьці. У 1912 г. *Магула* на 109 выпадкаў атрымаў 44 проц. сьмяротнасьці. *Тэле* у тым-жа годзе—на 260 выпадкаў (зборная статыстыка)—61 проц.; у 1928 г. *Дзеравенка* на 19 уласных выпадкаў меў 57 проц. сьмяротнасьці; *Грэхем* (1927) на 11 выпадкаў—4 сьм.—36 проц. Такім чынам мы бачым, што процант застаецца вялікім. *Заблудоўскі* да 1907 г. налічыў 31 выпадак, з 42 проц. сьмяротнасьці; а *Эдлер* (1887 г.) меў сьмяротнасьць ў 86 проц. Таму мы можам гаварыць толькі пра адносны прогрэс за апошнія 40-50 год; мабыць, апошні абавязан толькі лепшай пастаноўцы экстрэннай хірургічнай дапамогі.

Аднак, ня ўсе параненьні печані даюць аднолькавы процант сьмяротнасьці. Найбольш цяжкія вынікі даюць закрытыя пашкоджаньні, агнястрэльныя параненьні і потым параненьні, аскладненыя пашкоджаньнем іншых органаў. Гэта добра відаць з наступных лічбаў:

Абухоўская больніца (1912 г. *Балярскі*):

падскурныя разрывы . . .	18 выпадкаў,	сьмярцей	15—83,3	проц.
агнястрэльныя параненьні .	6 „	„	2—33,3	„
рэзаныя раны	85 „	„	26—30,5	„
	109		43 44	проц.

Тэле: аскладненыя пашкоджаньні печані—	59 выпад.,	сьмяротнасьць	62,5	проц.
агнястрэльныя параненьні	139 „	„	38	„
асклади. агнястрэльныя паранен.	110 „	„	77	„

На маім матэрыяле поўнасьцю сьцьвярджаецца агульнае палажэньне пра пашкоджаньні печані. Я меў на 5 выпадкаў 4 сьмерці. Усе параненьні былі агнястрэльныя, аскладненыя і іншымі пашкоджаньнямі— параненьнямі страўніка і г. д. Пры гэтым: аднаго хворага прывезьлі на 10-ты дзень—памёр ад пэрытоніту, у другога былі параненьні печані, лёгкіх, страўніка і ныркі—памёр ад сэпсісу (гнойнік лёгкага); 3-ці хворы памёр вельмі хутка ад цяжкага крывяцячэньня; 4-ты хворы, прывезены праз суткі, памёр ад пэрытоніту (параненьне печані і страўніка).

Пашкоджаньні селязёнкі даюць адносна меншую сьмяротнасьць, як параненьні печані. Статыстыка параненьняў селязёнкі, якая адносіцца да таго-ж пэрыоду, што і вышэй зьмешчаная статыстыка параненьня печані (1907-1930 г. г.), дае такія лічбы:

Разрывы селязёнкі	Разрывы печані
У сярэднім—33-37-39 проц сьм.	83 проц.
Рэзаныя раны—16-17	30 „

Агністрэльныя раны даюць аднолькавую сьмяротнасьць для абодвых органаў (ад 30 да 50 проц.).

Окіншевіч у 1925 г. дае статыстыку, якая па сутнасьці паўтарае старыя лічбы. Наогул лепшыя вынікі пры пашкоджаньнях селязёнкі тлумачацца, мабыць, тым, што селязёнку можна выдаліць і гэтым самым радыкальна ўнікнуць крывяцячэньня і г. д., чаго нельга зрабіць з печаньню.

Цяжкімі зьяўляюцца пашкоджаньні падстраўнічнай залозы. Паводле даных *Гулеке, Сантаса* неопэраваныя вынікі вытненьняў падстраўнічнай залозы ўсе канчаюцца сьмерцю; з опэраваных-жа 38 чалавек—памерла—16, г. зн. 42 проц.

Параненьні нырак зьяўляюцца, як відаць, дзякуючы іх пазабрушнаму разьмяшчэньню, менш небясьпечнымі. Ужо ў даўнейшых статыстыках знаходзім такія лічбы, як 15-17-30 проц. сьмяротнасьці. Гэты самі процант сьмяротнасьці захоўвае сваё значэньне і зараз. Павінен заўважыць і на свой матэрыял: усе 5 хворых з пашкоджаньнем нырак, опэраваныя, засталіся жывымі (4 нэфрэктоміі, 1 шво раны ныркі).

Пашкоджаньні кутніцы бяз ускрыцьця брушыны даюць невялікі процант сьмяротнасьці; з ускрыцьцём брушыны—такі самы, як пашкоджаньні тоўстых кішак. У мяне было такіх хворых 2 чалавекі і адзін з іх памёр.

Разрывы мачавога пузыра даюць увогуле процант сьмяротнасьці паміж 20—30 (унутрыбрушынныя); пазабрушынныя даюць, зразумела, меншы процант. У мяне быў 1 выпадак ўнутрыбрушыннага разрыву пузыра,—хворы пасьля опэрацыі паправіўся.

Калі пры пашкоджаньнях чэрапу і хрыбетніка самую галоўную ролю адыгрывае момант несумяшчальнасьці існаваньня з паражэньнем важных жыцьцёвых цэнтраў, дык пры пашкоджаньнях жывата на першы плян высоўваюцца інфэкцыя і крывяцячэньне; змаганьне з імі зводзіцца да пытаньня аб найбольш рань-

нім умяшаньні, г. зн. аб організацыі хуткай хірургічнай дапамогі. Значэньне часу ў гэтым пытаньні добра ілюструе рад лічбаў.

Пашкоджаньні брушных органаў:

Опэраваныя да 4 гадзін.	даюць	15,3	проц.	сьмяротнасьці
да 8 „	„	44,4	„	„
„ 12 „	„	63,6	„	„
Пазьней	„	70	„	„

Печань—закрытыя пашкоджаньні—*Тэле*, 1912 г.

Опэрацыя ў першыя 6 гадзін	39,5	проц.	сьмяротнасьці
„ „ другія 6 гадзін	50,5	„	„
„ „ трэція 6 „	65	„	„
„ праз 24 „	86	„	„

Параненьні печані—*Балярскі*.

Опэрацыя ў першыя 2-3 гадзін	—15	„	„
праз 24 „	—80	„	„

Разрывы пузыра пры опэрацыі:

у першыя 12 гадзін на 13 хворых памерла . . .	5
пасьля 12 гадзін „ 21 хворых „	15

Аднак трэба мець на ўвазе, што нават раньняе ўмяшаньне (гл. вышэй лічбы *Лёрыя*) дае вялікі процант сьмяротнасьці, і што пытаньне можа быць радыкальна разьвязана толькі ў роўніцы пасьпяховага змаганьня з перытонітам.

Пашкоджаньні грудзей.

У звычайных больнічных умовах пашкоджаньні грудзей сярод іншых захворваньнаў займаюць параўнаўча вялікае месца. Калі ня лічыць устаноў, куды зусім не пападаюць траўматычныя выпадкі (як напр., клініка *Дзьяканава)*, дык земскія больніцы мелі 50-58 проц. пашкоджаньняў грудзей (Елецкая, Тамбоўская), а Інстытут імя Скліфасоўскага нават 71 проц.

Сярод траўматычных пашкоджаньняў наогул, пашкоджаньні грудзей займаюць, як відаць, 3-4 месца, і здараюцца радзей толькі за пашкоджаньні канцавін і галавы. Пашкоджаньні гэтыя —вытненьні, параненьні і зломы рэбраў; значэньне іх залежыць ад пашкоджаньняў унутраных органаў—лёгкіх і (радзей) сэрца.

Большасьць пашкоджаньняў грудзей зьяўляюцца непранікальнымі, або калі і пранікальнымі, дык параўнаўча ня цяжкімі. Пашкоджаньні грудзей даюць наогул невялікі процант сьмяротнасьці, які вагаецца ад 0,5 проц. да 13 проц.; толькі ў Інстытуце імя Скліфасоўскага я сустрэў 18 проц. і гэта, зразумела, таму, што там мы маем вялікі процант агнястрэльных параненьняў.

Я меў на 59 выпадкаў пашкоджаньняў грудзей наогул—6 сьмярцей, г. зн. 11 проц., на 36 непранікальных параненьняў—ніводнай сьмерці, на 23 пранікальныя параненьні—6 сьмярцей, г. зн. 25 проц. *Оратор* (1930 г.) вылічыў процант сьмяротнасьці пры пашкоджаньнях лёгкага—у 18. Натуральна, што ў больніцу з пашкоджаньняў грудзей накіроўваюцца найбольш цяжкія выпадкі, і гэтым тлумачыцца тое, што на агульную колькасьць пашкоджаньняў грудзей процант сьмяротнасьці невялікі (да 3 проц.), а процант сьмяротнасьці сярод больнічных выпадкаў—большы.

Грудная клетка	Лік выпадкаў	Опэрацый	Сьмярцей
зломы рэбраў	13	—	—
„ ключыцы	5	1	—
параненьні	13	1	—
агнястрэльныя параненьні .	5	1	—
Грудныя органы			
вытненьне лёгкіх са зломам рэбраў	1	-	1
агнястрэльныя параненьні . . .	9	1	3
колатыя раны.	13	3	2

Пра параненьні сэрца ня прыходзіцца гаварыць. Пасьля параўнаньня раду лічбаў, мы павінны аднесьці лячэньне параненьня сэрца да значных заваёў сучаснай хірургіі.

Ікавітц дае такія лічбы:

1) выпадкі параненьняў сэрца, не падлягаючыя опэрацыі з прычыны цяжкасьці сваёй—268—88 проц. сьмяротнасьці; 2) выпадкі больш лёгкія, але не опэраваныя—83 проц. сьмяротнасьці; 3) выпадкі опэраваныя—51 проц. сьмяротнасьці.

Рэн да 1911 г. лічыў сьмяротнасьць пры опэрацыях сэрца роўнай 60 проц., *Гессе* пасьля 1911 г.—53 проц. сьмяротнасьці. Найлепшае ўяўленьне пра посьпехі хірургіі ў гэтай галіне дае табліца *Джанелідзе:*

Гады	Абсолютны лік опэрацый	Проц. сьмяротнасьці
1896—1900 . . .	40	70
1901—1905 . . .	131	69,5
1906—1910 . . .	163	54,6
1911—1915 . . .	140	43,6
1916—1921 . . .	61	49,2

Заўэрбрух меў на 12 выпадкаў агнястрэльных параненьняў сэрца—6 сьмярцей—50 проц. *Клёзэ* налічвае на 32 опэрацыі 31,3 проц. сьмяротнасьці. Але разам з тым пры 24 выпадках, лечаных вычакальна, ён меў сьмяротнасьць у 37,5 проц.

Думаю, што агульную сьмяротнасьць пры параненьнях сэрца трэба лічыць да 80 проц., сьмяротнасьць-жа опэраваных выпадкаў трэба ацэньваць у 50 проц.

У мяне ў клініцы быў 1 выпадак параненьня сэрца; пасьля опэрацыі хворы паправіўся.

Мой процант сьмяротнасьці (25 проц.) пры параненьні грудных органаў (лёгкіх), як відаць, набліжаецца да проценту *Лаўрова*, вылічанага ім на падставе 257 выпадкаў—23 проц.; *Бушуеў* на 260 выпадкаў меў 17 проц. сьмяротнасьці. Пры гэтым трэба заўважыць, што найбольшы процант сьмяротнасьці даюць агнястрэльныя параненьні; так, паводле даных *Лаўрова*, параненьні халоднаю зброяю даюць 8 проц., а агнястрэльныя—37 проц. Мае назіраньні супадаюць з гэтым: пры агнястрэльных параненьнях на 9 выпадкаў у мяне было 3 сьмерці, г. зн. 33 проц., пры колата-рэзаных ранах—15 проц., *Гольдберг* меў пры агнястрэльных параненьнях—37 проц. сьмяротнасьці.

У маіх выпадках ад параненьняў памерла 5 чалавек без опэрацыі, іх сьмерць павінна быць прыпісана цяжкасьці параненьня: 1 вытненьне грудзей са зломам рэбраў, 2 агнястрэльныя параненьні; 2 колатыя раны з параненьнем пэрыкарда, прычым у аднаго хворага было яшчэ параненьне страваходу і лёгкіх, 1 памёр таксама пры цяжкім параненьні лёгкага і пэрыкарду; ня глядзячы на тое, што была зроблена опэрацыя.

Заўэрбрух меў на 184 выпадкі параненьняў лёгкіх 31 сьмерць, што дае—17 проц. сьмяротнасьці, пры наяўнасьці ўсіх даступных у бягучы час тэхнічных сродкаў змаганьня з пнэўмотораксам і г. д.

Калі ўзяць пранікальныя раны лёгкіх у іншых статыстыках дык тут мы маем такія лічбы: у лёгкіх выпадках—0,6 проц.; у больш цяжкіх—ад 33 проц. да 54 проц.

Трэба зноў падкрэсьліць вялікую небясьпеку адначасовага параненьня грудзей і жывата ў іх гранічнай зоне, пры якім звычайна бывае параненьне дыафрагмы. У *Заўэрбруха* на 19 такіх хворых памерла 13 чалавек, г. зн. амаль 70 проц.

Шмат хто спрабаваў сьцьвярджаць, што можна дабіцца значнага зьмяншэньня проценту сьмяротнасьці пры параненьнях лёгкіх, шляхам тэрміновага опэрацыйнага ўмяшаньня.

Пытаньне пра актыўнае ўмяшаньне пры параненьнях лёгкага пакуль што ня можа быць разьвязана ў сэньсе абсолютных паказаньняў—опэраваць усіх, як мы гэта робім на жываце. Ва ўсякім разе, такога заключэньня нельга зрабіць на падставе зьмешчаных ніжэй лічбаў.

На самай справе *Грэкаў* дае гэткія лічбы: на 204 пранікальных параненьняў—160 выпадкаў консэрватыўнага лячэньня далі 0,6 проц. сьмяротнасьці і 44—опэраваныя—далі сьмяротнасьць 54 проц. *Гарэ* пры консэрватыўным лячэньні вывеў процант сьмяротнасьці ў 38—40 проц., а *Стуккей* на 29 опэраваных выпадкаў меў 33,3 проц. сьмяротнасьці. *Бушуеў* на 260 выпадкаў зазначае 17 проц. сьмяротнасьці пры консэрватыўным лячэньні і 30 проц.—пры актыўным умяшаньні.

Зразумела, гэтыя лічбы патрабуюць папраўкі: опэрацыя робіцца ў цяжкіх выпадках, ня робіцца ў лёгкіх. Ужо гэта акалічнасьць, правільна ўлічаная, значна зьмяняе малюнак. Наяўнасьць спосабаў пнэўмопрэсіі таксама ўводзіць значны фактар у справу опэрацыйнага лячэньня і таму трэба трымацца таго погляду, што рад цяжкіх пашкоджаньняў лёгкага падлягае пры пэўных паказаньнях опэрацыйнаму лячэньню.

Трэба зазначыць на яшчэ адно пашкоджаньне, якое дае вялікую сьмяротнасьць: вытненьні лёгкіх пры цяжкіх контузіях і сьцісках грудзей. Процант сьмяротнасьці пры іх набліжаецца да 40—50 проц.

Пашкоджаньні канцавін.

Траўмы канцавін даюць параўнаўча невялікі процант сьмяротнасьці. Пры гэтым верхнія канцавіны даюць значна меншы процант, як ніжнія.

Госьпіталь *Георга*	1872 г.	312	ніжн. канцав.	13 сьмярцей	— 4 проц.
Джыбсон	1924 г.	343	канцав.	5 „	— 2 „
Дзеравенка	1928 г.	392	„	5 „	— 0,5 „
Мой матэрыял	1924-1928 гг.	413	„	5 „	— 1,2 „

Для характарыстыкі свайго матэрыялу пакажу на галоўныя лічбы: 217 зломаў, 48 агнястрэльных параненьняў, 79 параненьняў мяккіх частак, 41 вытненьняў і дысторсій, 17 зьвіхаў. Усе 5 выпадкаў сьмерці адносяцца да пашкоджаньняў ніжніх канцавін.

Прычыны сьмерці ў гэтых выпадках—шок, рэзкае малакроўе ў выніку быўшага крывяцячэньня, інфэкцыя, гангрэна.

У маіх 5 выпадкаў былі:

1) гангрэна пасьля зломy бядрыцы;

2) рэзкае малакроўе пасьля агнястрэльнага параненьня сьцягна;

3) злом галёнкі з раздрабненьнем у старога 60 г.;

4) злом шыйкі бядрыцы ў старога 61 г.

5) параненьне абедзьвюх галёнак, ампутацыя абодвых сьцёгнаў.

Вытненьні і параненьні.

Усякія параненьні даюць ваганьне сьмяротнасьці паміж 2 проц. і 3 проц.; вытненьні даюць меншую лічбу (1,3 проц.), за выключэньнем больш цяжкіх контузій, дзе лічба павялічваецца зноў да 2-3 проц. Агнястрэльныя параненьні мірнага часу даюць да 10 проц. сьмяротнасьці (чэрап, грудзі, жывот!).

Найбольш цяжкія вытненьні мяккіх частак, звычайна множныя—даюць вялікі процант—28 проц. (Інстытут Скліфасоўскага), 33 проц. *(Джыбсон).*

Для ілюстрацыі, зьмяшчаю наступныя лічбы:

	Гады	Лік выпадкаў	Сьмярцей	Проц. сьмяротн.
Вытненьні наогул:				
Расія	1892	22.858	308	1,1
„	1902	34.662	574	1,6
„	1912	64.601	881	1,3
Легкія вытненьні:				
Расія	1892	436372	431	0,1
Цяжкія вытненьні:				
Германія	1923	37.195	1272	3
„	1924	44.699	1221	2,7
„	1925	56.876	1313	2,3
„	1926	56.034	1222	2,2
Вельмі цяжкія вытненьні (больнічныя выпадкі)				
Інстытут Скліфасоўскага . .	1925	67	19	29
Джыбсон	—	21	7	33
Заўсайлаў	1903	Вытненьні на чыгунцы		13
Параненьні				
Лёгкія раны				
Расія	1892	44.9721	531	0,1

	Гады	Лік выпадкаў	сьмярцей	Проц. сьмяротн.
Агнястрэльныя раны:				
Расія	1902	5.435	374	7
„	1912	11.637	1.129	10
Іншыя параненьні:				
Расія	1881	—	—	2,3
„	1892	43.957	715	2,0
„ (халодн. паранен.) . .	1902	32.442	932	3
„ (інш. параненьні) . .	1902	24.082	480	2
„ (халодн. паранен.) . .	1912	57.876	1.748	3
„ (інш. паранен.) . . .	1912	54.867	1.059	2
Германія	1923	45.513	1.773	4
„	1924	45.684	1.390	3
„	1925	50.783	1.391	2,7
„	1926	52.433	1.429	2,7

Зломы.

Зломы даюць ад 3 да 3,4 проц. сьмяротнасьці, прычым нескладненыя даюць 1,1 проц., а аскладненыя—9 проц., 12 проц. (інфэкцыя!). У Германіі сьмяротнасьць для верхняй канцавіны—ад 1 да 1,4 проц.; для ніжняй канцавіны—ад 2,1 проц. да 2,8 проц.

Зломы лагва (Германія 1923-1926 г.г.) даюць вялікую сьмяротнасьць—8,4—11 проц.

З усіх зломаў даюць найбольшую сьмяротнасьць зломы лагва і бядрыцы. *Дэйбнэр* (1927 г.) на 107 зломаў бядрыцы меў 5,6 проц. сьмяротнасьці, на 25 аскладненых зломаў бядрыцы—20 проц. *Джыбсон* зазначае 41 выпадак сьмерці пры зломах—гэта былі зломы чэрапу, рэбраў, лагва і бядрыцы.

Зломы

Расія . . . . 1881 г.	14.426	вып.	731	сьмерць	5,9	проц.	сьмяротн.
„ 1892 г.	76.505	„	773	„	1	„	„
„ у больніцах . .	16.578	„	589	„	3	„	„
„ . . 1902 г. усяго	29.709	„	991	„	3,4	„	„
простыя	22.642	„	319	„	1,1	„	„
аскладненыя	7.067	„	672	„	9	„	„
расія 1912 г. усяго . .	55.783	„	1.864	„	3,3	„	„
простыя	44.308	„	507	„	1,1	„	„
аскладненыя	11.475	„	1.357	„	12	„	„
Германія 1923-1926 г.г. .							
Зломы верхн. канцавін .	83.824	„	1.063	„	1,2	„	„
Зломы ніжн. канцавін .	152.808	„	3.580	„	2,3	„	„
Зломы лагва	7.943	„	729	„	9,2	„	„

Зьвіхі.

Сьмяротнасьць ад зьвіхаў невялікая і бывае пераважна пры зьвіхах хрыбетніка або цяжкіх агульных параненьнях. Наогул гэтая лічба вагаецца (Расія і Германія) ад 0,04 проц. да 0,5 проц.

Расія 1881 г.	6.495	выпадкаў—	32	сьмерці—	0,5	проц.	сьмяротнасьці
„ 1892 г. у б-цах	3.434	„	19	„	0,5	„	„
Расія ўсяго	36.713	„	34	„	0,08	„	„
Расія 1902 г. у б-цах	5.399	„	20	„	0,4	„	„
Расія 1912 г. у б-цах	8.731	„	32	„	0,4	„	„
Германія 1923-1926 г. г.							
зьвіхі верхн. канцавін	19.928	„	26	„	0,13	„	„
Зьвіхі ніжн. канцавін	17.944	„	45	„	0,25	„	„

Цікава падкрэсьліць тут акалічнасьць, датычную зломаў і зьвіхаў верхніх і ніжніх канцавін: і там і тут стасунак у проц сьмяротнасьці роўны 1:2 (1,2-2,3 проц. для зломаў; 0,13-0,25 для зьвіхаў)—закон значэньня паражальнай масы, які я закрану ніжэй, у разьдзеле аб запаленьнях.

Апёкі і адмарожваньні.

Апёкі, з ліку тых, якія лечацца ў больніцы, даюць сьмяротнасьць ад 4,87 проц. да 7-9 проц.; агульны-ж процант роўны 0,7. У Германіі—таксама ад 8,8 проц. да 10 проц.

У мяне было на 30 выпадкаў 2 сьмерці, г. зн. процант сьмяротнасьці—7.

Апёкі

Расія ў 1881 г. мела	14.208	выпадкаў—	659	сьмярцей—	4,8	проц.	сьмяротн.
„ у 1892 г. у б-цах	8.150	„	621	„	7,0	„	„
Усяго	153.230	„	1.221	„	0,7	„	„
Расія 1902 г. у б-цах	12.295	„	1 101	„	9,0	„	„
Расія ў 1912 г. у б-цах	21.530	„	1.766	„	8	„	„
Германія							
1923 г.	7.241	„	737	„	10	„	„
1924 г.	7.986	„	781	„	8,8	„	„
1925 г.	9.835	„	895	„	9	„	„
1926 г.	8.986	„	848	„	9	„	„

Адмарожваньні даюць у Расіі—3 проц., у Германіі—каля 2 проц. сьмяротнасьці.

Расія 1881 г.	6.155	вып.	194	сьмерць	3	проц.	сьмяротн.
„ 1892 г. (у 6-цах)	4.777	„	155	„	3	„	„
Усяго	35.975	„	272	„	0,7	„	„
1902 (у больн.)	4.382	„	146	„	3	„	„
1912 (у больн.)	8.099	„	238	„	3	„	„
Германія							
1923 г.	1.159	„	30	„	2,5	„	„
1924 г.	2.135	„	44	„	2	„	„
1925 г.	1.512	„	29	„	1,9	„	„
1926 г.	1.019	„	25	„	2,5	„	„

Такія найбольш важныя даныя пра сьмяротнасьць ад самых цяжкіх і небясьпечных пашкоджаньняў. Каротка ўспамяну пра пашкоджаньні іншых вобласьцяй.

Пашкоджаньні твару, як відаць, не даюць хоць колькінебудзь значнай сьмяротнасьці. Напр., у справаздачы *Джыбсона*, на 75 выпадкаў ня было сьмярцей, у мяне таксама ня было сьмярцей на 27 выпадкаў (з іх 9 зломаў касьцей, 6 агнястрэльных параненьняў, 8 іншых параненьняў, 4 апёкі).

Пашкоджаньні шыі па маім матэрыяле таксама сьмяротных выпадкаў ня далі (4 параненьні халодныя, з іх—2 перарэзкі гарляка; 2—агнястрэльныя; 1 вытненьне).

Аднак, пашкоджаньні шыі далёка не такія бязьвінныя, як гэта добра дэманструюць лічбы некаторых больніц.

Госьпіталь *Георга*	4 выпадкі	паран.	1	сьмерць
Інст. Скліфасоўск.	24 „	„	6	„
Тамбоўская больніца 1886 г.	17 „	„	3	„

Пры пашкоджаньнях мачапалавых органаў на маім матэрыяле таксама ня было выпадкаў сьмерці. Калі не гаварыць пра разрывы мачавога пузыра і ныркі, аб чым я ўжо гаварыў вышэй, я назіраў 3 выпадкі разрыву ўрэтры, 3 пашкоджаньні машонкі: усе хворыя папраўіліся. Такія-ж даныя сустракаем у большасьці справаздач іншых установ, хоць сьмерць ад ускладненьняў не выключаецца.

Заключэньне.

Калі мы падагулім тыя даныя, якія адносяцца да сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў, дык перш за ўсё трэба зазначыць што сярэдняя лічба гэтай сьмяротнасьці будзе—6-7 проц. З гэтага відаць, што процант сьмяротнасьці пры траўмах вышэй ся-

рэдняга процанту сьмяротнасьці хірургічных хворых. Гэта самае ясна і з іншых маіх лічбаў. У той час, як пашкоджаньні складалі 18 проц. усіх захворваньняў—сьмерці ад пашкоджаньняў складалі 25 проц. усіх сьмярцей. Усё, гэта, бязумоўна, сьведчыць аб тым, якую значную ролю адыгрываюць пашкоджаньні ў хірургічнай сьмяротнасьці.

Гутарка тут ідзе выключна аб пашкоджаньнях мірнага часу, бо пашкоджаньні ваенныя ня могуць быць уключаны сюды з прычыны зусім асобнага характару акалічнасьцяй, іх суправаждаючых: зьнясіленасьць організму, цяжкасьць інфэкцыі, своеасаблівасьць падачы першай дапамогі і г. д. Аднак, калі выключыць гэтыя пабочныя моманты, дык мы заўважаем значную блізкасьць лічбаў сьмяротнасьці ваеннага і мірнага часу. Для аскладненых зломаў процант сьмяротнасьці прыблізна роўны 10 проц.; *Цокер* (1928 г.) вылічыў процант сьмяротнасьці для агнястрэльных зломаў (ваеннага часу), на падставе 25.272 выпадкаў, роўным 11 проц. Гэта падабенства, якое сьведчыць аб тым, што законы траўматычнай сьмяротнасьці аднолькавыя, ці маем мы справу з траўматычнай эпідэміяй ці з траўматычнай эндэміяй (пашкоджаньні мірнага часу), надзвычай цікава.

Пра ваенныя пашкоджаньні, з прычыны іх асаблівасьцяй, я далей гаварыць ня буду.

Пры ацэнцы ролі паасобных відаў пашкоджаньняў, мы, маючы на ўвазе зьмешчаную ніжэй табліцу, адзначаем прэваляваньне рознага роду ран, потым апёкаў і, нарэшце, аскладненых зломаў. Іншыя-ж віды пашкоджаньняў маюць адносна меншае значэньне.

Расія (1912 г.)	На 9.207 сьмярцей ад пашкоджаньняў прыпадала на:	
апёкі	1.766 „ „	19,5 проц.
параненьні халодныя . . .	1.748 „ „	19,5 „
аскладненыя зломы . . .	1.357 „ „	15,5 „
параненьні агнястрэльныя .	1.129 „ „	12 „
параненьні іншыя . . .	1.059 „ „	11,5 „
вытненьні	881 „ „	9,0 „
зломы звычайныя	507 „ „	5,6 „
іншыя траўмы	490 „ „	5,0 „
адмарожваньні	238 „ „	2,0 „
зьвіхі	32 „ „	0,4 „

У ніжэй зьмешчанай табліцы падаюцца вынікі вывучэньня сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў паасобных органаў (на падставе ўласнага і літаратурнага матэрыялу). Каротка рэзюмуючы

гэтыя табліцы, мы можам сказаць, што першае месца займаюц параненьні жывата, а другое—зломы чэрапу, хрыбетніка і пранікальныя раны грудзей, якія стаяць прыблізна на аднолькавым месцы.

Пранікальныя параненьні жывата—ад 30 да 50	проц.	сьмяротн.
Зломы чэрапу 25	"	"
Пранікальныя параненьні грудзей—ад 18 да 25	"	"
Зломы хрыбетніка . . . . . . да 20	"	"
Апёкі 7	"	"
Пашкоджаньні грудзей наогул . . . , 3	"	"
Раны розныя, вытненьні—каля 3	"	"

Якія ёсьць сродкі для папераджэньня гэтай сьмяротнасьці? Зразумела, перш за ўсё—профіляктыка, г. зн. папераджэньне самых траўм—цяжкіх, як цягнучых за сабою сьмерць, і больш лёгкіх, якія могуць зьявіцца прычынай узьнікненьня інфэкцыі. Пра апошнія зараз гаварыць ня буду, бо залічаю іх у разьдзел запальных захворваньняў.

У сэньсе профіляктыкі траўм цікавы даныя, датычныя прычын, што выклікаюць сьмяротныя траўмы. Таму я зьмяшчаю табліцу з германскай статыстыкі 1926 г. і 1 табліцу амэрыканскую.

Германія 1926 г.

Сьмяротн. пашкоджаньні выкліканы:	Мужчын	Жанчын
Нашчаснымі выпадкамі	18,2	29,8
Пераездам	20,0	17,0
Аўтомобілем	11,7	11,1
Паданьнем пры рабоце	7,5	1,0
Апёкамі	4,4	9,4
Пакалечаньнямі на чыгунцы . . .	5,3	1,9
Машынамі	2,7	1,1
Электрычным токам	2,3	0,4
Трамваем , ...	1,4	2,0
Агнястрэльнымі параненьнямі . .	1,8	1,3
Параненьнямі халоднай зброяй . .	0,5	0,4

У штаце Канзас за апошнія 14 год на 8.922 сьмерці пры выпадковых траўмах, памерла ад: выпадковых паданьняў 2.542, аўтомобіляў 2.118, на чыгунцы 1.879, апёкаў 1.169, утапленьня 1.214, машын 414.

У асноўным, трэба назваць няшчасныя выпадкі, цяжкую прамысловасьць, пераезды і бойку.

Няшчасныя выпадкі, якія не стаяць у сувязі з профэсіяй, бываюць даволі часта. Як відаць з паданых лічбаў і матэрыялаў

нашых больніц, яны так часта бываюць, што займаюць першае ці другое месца па частасьці.

Яны стаяць на першым месцы таксама і ў падрабязнай статыстыцы штату Канзас—2.542 выпадкі з агульнага ліку—8.922 сьмерці ад траўмы. У вышэйпаданай германскай статыстыцы такія няшчасныя выпадкі таксама займаюць вялікае месца (18,2 проц. у мужчын і 29,8 проц. у жанчын). Колькасьць гэтых няшчасных выпадкаў будзе, зразумела, з цягам часу зьмяншацца, у сувязі з павялічэньнем культурнасьці жыцьця.

Трэба зьвярнуць увагу на зазначаны шмат кім факт, што ад няшчасных выпадкаў вельмі часта паміраюць старыя людзі. Гэта акалічнасьць (58 проц. прыпадае, згодна статыстычных даных штату Канзас, на старых 70-89 г.) сьведчыць аб двох момантах: аб малой устойлівасьці організму ў старыя гады і аб большай магчымасьці для такога організму падпасьці няшчаснаму выпадку. Апошняе абумоўліваецца стратай організмам здольнасьці хутка аўладаць у адпаведны ракавы момант усімі мускульнымі і іншымі прыстасаваньнямі для ўнікненьня гэтай няшчаснай выпадковасьці.

Цяжкая індустрыя дае значную лічбу. Яе ролю лёгка заўважыць, калі параўнаць сьмяротнасьць на тэкстыльных фабрыках і на мэталюргічных заводах. На тэкстыльных прадпрыемствах на 1.000 рабочых сьмерць ад траўмы (*Гарынеўская* НКТ РСФСР) у 1926 г. была роўнай 0,02, а на мэталюргічных—0,15.

З усёй колькасьці шматлікіх даных я зьмяшчу вельмі переканальныя лічбы, датычныя чыгуначнікаў СССР за 1925 г.

Траўмы разьмяшчаліся на катэгорыях наступным чынам:

Чыгуначныя майстэрні	30,48 проц.
Паравозны пэрсонал	13,96 „
Служба сувязі	3,15 „
Мэд. пэрсонал	3,09 „
Станцыённы пэрсонал	2,28 „
Вышэйшы адміністрац. састаў . . .	1,18 „

Мы назіраем далей зьмяншэньне сьмяротнасьці ад прамысловых траўм у сувязі з мерапрыемствамі па ахове працы. Калі браць за падставу статыстыку *Гарынеўскай*, дык выходзіць, што лічбы сьмяротнасьці ад прамысловых траўм за 1912 г. у 2-3 разы большыя, чым лічбы 1926 г. Сучасная прамысловасьць, якая імкнецца да максымальнай мэханізацыі прамысловых процэсаў, з уласьцівай апошняй дакладнасьцю і яснасьцю работы, павінна даць зьмяншэньне ліку цяжкіх траўм.

Трэба думаць, што лік афяр цяжкай індустрыі будзе ў больш аддаленай будучыні большым у прамысловасьці здабываючай, чым у прамысловасьці апрацоўчай. Папераджальныя мерапрыемствы, зразумела, зьменшаць гэту сьмяротнасьць, ня гледзячы на рост прамысловасьці, і зьвязанае з ім хуткае уцягненьне ўсё новых і новых кадраў рабочых. Уздым прамысловага траўматызму перажывалі ўсе капіталістычныя краіны ў пэрыод прамысловага росквіту. Наша перавага заключаецца ў тым, што, падрыхтоўваючы плянава кадры рабочых праз ФЗШ і г. д., мы аўладоўваем гэтым патокам новых рабочых і ўносім ў яго плянамернасьць. Таму мы можам разьлічваць на зьмяншэньне цяжкіх траўм у прамысловасьці.

Яшчэ трэба адзначыць разьвіцьцё земляробчай прамысловасьці што таксама прыводзіць да павялічэньня траўм. Гэты від пашкоджаньняў заслугоўвае цяпер вялікай увагі, а ў будучыні, у сувязі з разьвіцьцём мэханізацыі земляробства набудзе, бязумоўна, вялікае значэньне, паколькі з гэтымі машынамі зьвязана праца абслугоўваючага іх пэрсоналу. Значэньне земляробчых параненьняў заключаецца, галоўным чынам, у асаблівасьці іх інфэкцыі, сярод якой інфэкцыя анаэробная і слупняк—адыгрываюць вельмі значную ролю. Таксама сваясаблівымі зьяўляюцца пашкоджаньні жывёламі—капытамі каня, рагамі каровы; гэтыя пашкоджаньні павінны быць залічаны ў групу пашкоджаньняў земляробчай прамысловасьці.

Вельмі значную ролю адыгрываюць цяпер—і яшчэ большую будуць адыгрываць у будучыні—пашкоджаньні ад сродкаў перамяшчэньня. Нас, як і іншыя краіны, чакае хваля траўматычных пашкоджаньняў, зьвязаных з аўтомобільнаю справай і наогул з далейшым разьвіцьцём мэханічных сродкаў перамяшчэньня. Пра гэта я ня буду многа гаварыць, а падам толькі некаторыя лічбы. З 1919 г. да 1926 г. у Амэрыцы загінула ад аўтомобільных пашкоджаньняў 137.017 чалавек (а за Эўропэйскую вайну загінула 120.050 амэрыканцаў).

Штат Канзас

Сьмерць ад аўтомобіляў у абсолютных лічбах:

1914 г.	36	1921 г.	154
1915 г.	45	1922 г.	171
1916 г.	100	1923 г.	213
1917 г.	112	1924 г.	149
1918 г.	134	1925 г.	235
1919 г.	116	1926 г.	237
1920 г.	164	1927 г.	253

У Ленінградзе было сьмярцей:	Ад аўтомобіляў	Ад трамваяў
1927 г.	40	191
1928 г.	53	178
1929 г.	68	202

Заслугоўваюць увагі некаторыя дэталі, датычныя пашкоджаньняў на чыгунцы. *Заўсайлаў* (1903 г.) вызначае процант сьмяротнасьці пры траўмах ад няшчасьцяў на чыгунцы ў 19,5,—як мы бачым, сьмяротнасьць значна большая, чым пры шмат якіх іншых траўмах. *Брайцаў*, на падставе чыгуначнага матэрыялу—530 сур'ёзных пашкоджаньняў (1918—1921 г. г.),—устанаўлівае сярэдні процант сьмяротнасьці ад 7 да 10 проц. Пры гэтым ён паведамляе пра наступныя цікавыя падрабязнасьці:

З пасажыраў пры крушэньні пацярпела . . .	67 ч.,	памерла	5—7,4 проц.
„ атрымала пашкоджаньні бяз крушэньняў	166 „	„	15—10 „
З чыгуначнікаў атрымала пашкоджаньні . .	233 „	„	21—9 „

Характэрна, што, на яго думку, большая частка чыгуначных траўм бывае ад неасьцярожнасьці і няўважлівасьці пасажыраў, а не ад такіх няшчасьцяў, як крушэньне і да т. п.

Такім чынам, ёсьць падстава дапушчаць, што ў сувязі з палепшаньнем раду ўмоў на транспорце, зьменшыцца і гэты від сьмяротнасьці.

Заслугоўвае некаторай увагі сьмяротнасьць у залежнасьці ад спортыўнага траўматызму. За 1925 г. на 5.783 выпадкі спортыўных траўм было 20 сьмярцей (*Калістаў*, 1928 г.).

Немалое значэньне—і іменна ў атрыманьні цяжкіх пашкоджаньняў, якія цягнуць за сабою сьмерць—мае бойка; таксама значнымі зьяўляюцца пашкоджаньні, якія наносяцца ў часе сваркі і г. д.; як першыя, так і другія пашкоджаньні выклікаюцца агнястрэльнаю ці халоднаю зброяй і накіроўваюцца на галаву, грудзі і жывот. У нашым сельскім быце гэты від траўмы зьяўляецца галоўным. Праўда, пры параўнаўчай прымітыўнасьці сельскага ўжытку, такія траўмы часта ня цягнуць за сабою асабліва цяжкіх вынікаў і ў гэтых адносінах больш удасканаленыя прылады—пераважна агнястрэльная зброя—даюць значна горшыя вынікі. Дзьве зьмешчаныя табліцы даюць уяўленьне пра траўматызацыю ў старым сельскім быце, водгукі якога ня зьніклі яшчэ і цяпер.

Елецкая земская больніца 1901—1905 г. г.

Бойка.	Няшчасн. выпад.	Жывёла.	Земляробч. траўмы.	Іншыя.	Усяго
251	58	61	—	7	377 галава
11	5	2	1	1	20 шыя
63	61	15	3	1	145 грудзі
6	6	7	—	—	25 жывот
63	271	67	51	51	503 канцавіны
—	9	1	—	—	10 пал. орг.
410	429	155	55	67	1116

Базарна-Карабул. больніца Саратаўскай губ. 1895—1901 г. г.

Бойкі і пабоі	337
Няшчасныя выпадкі	291
Конь	228
Паданьне цяжкіх прадметаў	56
Каласы	50
Сякера	100
Нож	36 і г. д.

З гэтых лічбаў добра відаць, якое значэньне маюць у этыолёгіі сельскіх траўм бойка і затым жывёлы.

Падсумоўваючы ўсе матэрыялы аб генэзе траўм, можна сказаць, што па меры разьвіцьця нашага социялістычнага будаўніцтва, цэлы рад прычын для цяжкіх траўм павінен будзе паступова зьнікнуць і, адпаведна гэтаму, профіляктыка сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў цалкам супадае з тымі грандыёзнымі мерапрыемствамі, якія ажыцьцяўляюцца ў нашым соцыяльным ладзе.

Разьвіваючы нашы профіляктычныя мерапрыемствы, мы ў той самы час павінны адшукаць спосабы беспасрэднага змаганьня з самою сьмяротнасьцю, г. зн. лячэньня гэтых цяжкіх траўм.

Пры разглядзе галоўных прычын, якія выклікаюць сьмяротнасьць пры траўмах, мы павінны зьвярнуць увагу на наступныя моманты: 1) зруйнаваньне неабходных для жыцьця органаў; 2) шок; 3) крывяцячэньне; 4) інфэкцыю.

У адносінах да першага пункту хірургія пакуль што нічога ня можа зрабіць. Значнае зруйнаваньне цэнтральнай нэрвовай сыстэмы, пашкоджаньне сэрца, зьяўленьне вялікага пнэўмоторакса і г. д.—спыняюць жыцьцё. Асаблівасьць таго патолёгічнага процэсу, які мы называем траўмаю, заключаецца ў яго „непапраўляльнасьці“. Пры гэтых умовах мэдычная дапамога зьяўляецца бясьсільнай. Найлепшай ілюстрацыяй будзе той факт, што шмат хворых памірае без таго, каб была зроблена спроба

лячыць іх опэрацыйным спосабам. На маім матэрыяле 44 проц. хворых былі ў такім цяжкім стане, што іх ня можна было опэраваць. Шмат іншых матэрыялаў цалкам гэта сьцвярджаюць.

Другі момант, які зьяўляецца прычынай траўматычнай сьмерці, гэта—шок: множныя вытненьні, вытненьні вялікіх паверхняй, множныя зломы—прыводзяць да шоку, які цягне за сабой сьмерць, хоць-бы і ня было пашкоджаньняў важнейшага для жыцьця органу. Лік такіх сьмярцей, праўда, ня надта значны, але адносная вага шоку абмалёўваецца ва ўсёй паўнаце, калі ўзяць пад увагу, што ў якасьці лячэньня мы ўжываем опэрацыйнае ўмяшаньне, якое, само па сабе, зьяўляецца пашкоджаньнем і, напластоўваючы пашкоджаньне на пашкоджаньне, атрымліваем павялічэньне шоку, а ў выніку—сьмерць. З прычыны гэтага, нярэдка можна су́стрэць погляд, што з опэрацыяй трэба пачакаць да таго часу, пакуль траўматык выйдзе са стану шоку. У супярэчнасьці з гэтым стаіць патрабаваньне магчыма больш раньняга ўмяшаньня. Проблема лячэньня шоку,—пасьпяховага змаганьня з ім,—зьяўляецца аднэй з найбольш значных проблем у хірургіі пашкоджаньняў. Розныя тэорыі і, у прыватнасьці, тэорыі выкліканыя апошняй вайной, якая дала вялізарны матэрыял для вывучэньня шоку, не далі яшчэ практычных вынікаў, і траўматычны шок да гэтага часу яшчэ не пераможаны.

Калі ў адносінах да двох найважнейшых фактараў сьмяротнасьці хірургія пакуль што бясьсільна, дык іншае трэба сказаць адносна крывяцячэньня і інфэкцыі. Змаганьне з апошнім упіраецца ў пытаньне магчыма больш раньняй хірургічнай дапамогі. У гэтых адносінах за апошнія часы ўстанавілася пэўнае палажэньне актыўнага лячэньня траўм і, асабліва, траўм поласьцяй і адкрытых траўм. Гэты актыўны кірунак з пэўнымі абмежаваньнямі трэба лічыць правільным шляхам, які ў далейшым належыць разьвіваць і ўдасканальваць. Прынцып спрашчэньня раны адразу стварае для будучай інфэкцыі найменш спрыяльныя ўмовы.

Такім зьяўляецца пункт гледжаньня сучаснай хірургіі, і справа толькі ў рэалізацыі гэтага палажэньня. На вялікі жаль, соцыяльны момант адстае ад клінічнага. Калі ў вялікіх гарадох існуе хуткая дапамога, дык нават у іх няма правільна організаванай спэцыяльнай хірургічнай экстрэннай дапамогі. Толькі ў некаторых пунктах нашага Саюзу ёсьць спэцыяльныя больніцы і інстытуты, дзе бесьперапынна дзяжураць хірургі і іншы пэрсонал, неабходны для безадкладнага ўтварэньня якой-небудзь опэрацыі;

ва ўсіх жа астатніх гарадох і паселішчах, так званая экстрэнная опэрацыйная дапамога кожны раз організуецца нанова, што ўрэшце няўнікальна цягне за сабой страту вельмі каштоўнага часу. Што-ж казаць пра дапамогу пазагарадзкую?

Калі лічыць у сэрэднім прамежак часу да 4-х гадзін, як адзіна дапушчальны ў сэньсе папераджэньня інфэкцыі, дык можна сьцьвярджаць, што вялізарная большасьць нашых траўматыкаў атрымліваюць неабходную дапамогу значна пазьней, калі эфэктыўнасьць гэтай дапомогі надзвычайна зьмяншаецца. Вывады соцыяльнага парадку з гэтага палажэньня зразумелыя і не патрабуюць далейшага разьвіцьця. Пункты першай дапамогі на прадпрыемствах, набліжэньне хірургічнай дапамогі да насельніцтва—вось у чым зарука таго, што інфэкцыя траўматычнага паходжаньня будзе спынена. Але гэтыя мерапрыемствы зьяўляюцца толькі пачаткам тэй вялізарнай работы, якую яшчэ трэба зрабіць у сэньсе набліжэньня да насельніцтва хірургічнай дапамогі і разьвіцьця сродкаў зносін, дазваляючых перамагаць адлегласьці.

3. Запаленьні.

Агульная частка.

Выявіць сумарныя лічбы, якія ахаплялі-б запальныя процэсы і сьмяротнасьць пры іх, значна цяжэй, чым у адносінах да траўматычных захворваньняў, бо даных адносна першых амаль няма ў літаратуры. Запаленьні падзяляюцца на захворваньні паасобных органаў і амаль няма ніводнае справаздачы, дзе-б гаварылася пра іх наогул. Таму мне даводзіцца базавацца галоўным чынам на ўласным матэрыяле.

Агульная колькасьць запальных захворваньняў у мяне была 2.153, што на 6.107 выпадкаў складае 35 проц. У справаздачах *Більрота* на 9.500 выпадкаў было 3.061 выпадак запаленьня, г. зн. 32 проц. Магу паказаць яшчэ на такія даныя аб процантных адносінах запаленьняў да агульнай колькасьці захворваньняў: Тамбоўская больніца—на 3.717 хворых—35 проц.; Абухаўская больніца—на 8.199 хворых—29,8 проц.; Елецкая больніца—на 2.480 хворых—24 проц.; *Дзьяканаў*—на 684 хворых—27 проц. Гэта дазваляе мне зрабіць вывад, што запаленьні складаюць каля $^1/_3$ часткі ўсіх больнічных хірургічных захворваньняў.

Некаторае ўяўленьне пра параўнальную колькасьць паасобных запальных захворваньняў дае ніжэйзьмешчаная табліца.

Германія	1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Запаленьні скуры	79.118	86.101	90.416	91.907
Пэрытоніты	12.436	12.863	15.842	15.502
Апэндыцыты	87.842	110.025	147.334	156.614
Пляўрыты	18.616	18.276	19.949	19.737

Далей я зьмяшчаю даныя пра ўдзел „запаленьняў“ у захвораваньнях паасобных частак цела і органаў майго стацыянарнага матэрыялу.

Па колькасьці (проц.) запаленьняў органы і вобласьці могуць быць разьмешчаны ў такім парадку:

Чарваваты адростак . .	100	проц. усіх захворваньняў гэтага органу
Жоўцевыя шляхі . . .	85	„ „ „ „ „
Грудзі	57	„ „ „ „ „
Мачапалавыя органы . .	50	„ „ „ „ „
Хрыбетнік	43	„ „ „ „ „
Шыя	40	„ „ „ „ „
Ніжн канцавіна . . .	35	„ „ „ „ „
Кішочнік	30	„ „ „ „ „
Твар	30	„ „ „ „ „
Верхн. канцавіны . . .	23	„ „ „ „ „
Кутніца	10	„ „ „ „ „
Чэрап	4	„ „ „ „ „
Страўнік	3	„ „ „ „ „

Выявіць агульны процант сьмяротнасьці пры запальных захворваньнях наогул цяжка, з прычыны меркаваньняў, паказаных намі вышэй: адсутнасьці лічбаў, датычных усёй групы запальных захворваньняў. Але апрача таго, ёсьць яшчэ рад далейшых цяжкасьцяй. Напр., у адносінах да хронічных запальных захворваньняў вызначыць проц. сьмяротнасьці надзвычайна цяжка. Рад гэтых захворваньняў у галоўнай сваёй масе знаходзіцца ў веданьні ўнутранай клінікі. Калі частка гэтых хворых падпадае хірургічнаму лячэньню, дык няма звычайна ўстойлівага крытэрыю для параўнаньня сьмяротнасьці пры хірургічным лячэньні са сьмяротнасьцю пры тэрапэўтычным лячэньні. Далей, рад запальных процэсаў комбінуецца з іншымі захворваньнямі такім чынам, што нам цяжка сказаць, што зьяўляецца ў гэтым комплексе прэвалюючым. Усе гэтыя цяжкасьці прыводзяць да таго, што даць у гэтай групе захворваньняў такія поўныя лічбы, як гэта зроблена ў разьдзеле пра траўмы, амаль немагчыма.

У мяне на 2153 выпадкі запаленьня было 82 сьмерці, што складае 3,8 проц. Такім чынам, мы бачым, што процант сьмя-

ротнасьці ад запаленьняў наогул меншы, як ад пашкоджаньняў амаль удва разы. У *Більрота*—ад запаленьняў—на 3.601 выпадак—загінула 288 хворых, г. зн. 8 проц. Пры гэтым у першы пэрыод яго дзейнасьці процант быў роўны 12, а ў другі—7,6.

Больш падрабязны аналіз у мяне ёсьць адносна 57 выпадкаў. З іх на долю запаленьняў брушыны прыпадае—26 выпадкаў, г. зн. амаль палавіна, а калі сюды дадаць яшчэ сьмерці ад пляўрытаў—10—дык атрымаецца, што 36 выпадкаў залежала ад гнойнага запаленьня сэрозных абалонак вялікіх поласьцяй. Такім чынам, іх важная роля ў сьмяротнасьці ад запаленьняў зусім ясная. Яшчэ ў мяне было 10 выпадкаў сэпсісу (канцавіны) і 7 выпадкаў сьмерці ад розных тубэркулёзных захворваньняў. З гэтых трох вялікіх груп, такім чынам, складаецца асноўная лічба сьмяротнасьці пры хірургічных запальных захворваньнях.

З прычыны адсутнасьці агульных лічбаў, я лічу небходным спыніцца на тых групах, якія пераважна даюць сьмяротныя вынікі. Сюды належаць: запаленьні сэрозных абалонак поласьцяй—пэрытоніт, пляўрыт; абсцэсы ўнутраных органаў; запаленьні ўнутраных органаў; гнойныя захворваньні касьцей і суставаў; нагнаеньні мяккіх частак; піэмія і септыцэмія; са спэцыфічных інфэкцый—тубэркулёз.

Запаленьні сэрозных абалонак вялікіх поласьцяй.

(пэрытоніт, пляўрыт).

Агульныя статыстычныя даныя не даюць правільнага ўяўленьня пра процант сьмяротнасьці ад пэрытонітаў—бо там мы маем значную колькасьць пэрытонітаў лагвовых—гінэколёгічных, якія працякаюць інакш, як хірургічныя дыфузныя пэрытоніты.

Вось лічбы Расіі, Германіі.

Расія	1902 г.	На 5.045	выпадкаў	1.498 сьмярцей	—30 проц.
„	1909—1910 г. г.	„ 14.666	пэрытонітаў	„	—37 „
„	1912 г.	„ 8.880	„	3.276 „	—37 „
Германія	1923 г.	„ 12.436	„	3.572 „	—30 „
„	1924 г.	„ 12.862	„	3.697 „	—28 „
„	1925 г.	„ 15.842	„	4.116 „	—26 „
„	1926 г.	„ 15.502	„	4.268 „	—29 „

Калі ўзяць лічбы сьмяротнасьці ад пэрытонітаў у хірургічных аддзяленьнях, дык тут мы атрымаем значна большыя лічбы. Ад 1900 г. да 1914 г. гэтыя лічбы характарызуюцца так:

	Лік выпадкаў	Проц. сьмярцей
Грэкаў	758	61
Сокалаў	174	85
Гіршэль	428	60
Місай	437	63
Бондараў	—	70
Залога	—	70

У рабоце сваёй 1910 г. я на 2.470 выпадкаў пэрытонітаў мог налічыць 1.413 выпадкаў сьмерці, г. зн. процант сьмяротнасьці быў роўны 60, што і можна лічыць сярэдняй лічбай для таго часу.

У апошнія гады сярэдняя лічба меншая: мы сустракаем, праўда, лічбы ў 62 проц. *(Джыбсон)*; 50 проц. (справаздача больніцы імя Дастаеўскага 1925 г.),—але побач з гэтым—39 проц. *(Спасакукоцкі)*, 35 проц. *(Гурэвіч)*, 28,3 проц. *(Чарэпнін)* нават 10 проц. *(Юдзін)*. Малы процант сьмяротнасьці можа тлумачыцца як малай колькасьцю выпадкаў, так і тым, што іменна аўтар называе „агульным пэрытонітам".

Мой матэрыял і вынікі даюць, як відаць, сярэднюю лічбау для данага адрэзку часу:

Пэрытоніты на глебе:	Лік выпадкаў	Лік сьмярцей
параненьня страўніка	2	1
пэрфоратыўнай язвы страўніка . .	24	7
„ „ стравахаду . .	1	1
пашкоджаньня печані і іншых органаў	3	3
„ кішак	14	8
пэрфорацыі язваў кішак	3	3
„ ракавай язвы	1	1
непраходнасьці і пухліны	2	2
апэндыцыту	93	15
	143	41 (28,6 проц.)

Калі падлічыць мае даныя без апэндыцытаў, дык мы атрымаем: на 50 выпадкаў—26 сьмярцей, г. зн. 52 проц. Аднак, вельмі важна ведаць ня толькі сумарныя лічбы, але і процант сьмяротнасьці пры паасобных формах пэрытоніту.

Я падаю наступную складзеную мною табліцу:

Табліца сьмяротнасьці пры опэрацыйным лячэньні пэрытонітаў (1910—1924 г. г.).

Этыолёгія	Лік выпадкаў	Процант сьмяротнасьці
Апэндыцыт	887	42,7
Язва страўніка	1.117	60
Тыфусовая язва	967	78
Траўма	625	60
Агнястрэльн. пашкоджаньні страўнічна-кішочн. тракту	2.031	58
Крыптогенэтычн. паходжаньня (дыплёкокавыя, пнэўмокавыя, грыпозн.) .	475	64,5
Пэрытоніт бяз яснай этыолёгіі . .	135	87

Пэрытоніты апэндыкулярныя. У 1910 г. я на 1.698 пэрытонітаў мог вылічыць сьмяротнасьць—у 49 проц.; пры гэтым у шмат якіх іншых аўтароў былі і лепшыя вынікі—17 проц. —20 проц.—33 проц. сьмяротнасьці. *Грэкаў* у 1912 г. дакладаў пра 42 проц. сьмяротнасьці на 101 выпадак; цяпер мы маем 23 проц. (*Валькані* 1928 г.), 20,9 проц. (*Джыбсон* 1927 г.), 13 проц. (*Холін* 1924 г.) і г. д. Мой матэрыял—93 выпадкі—дае 16 проц. сьмяротнасьці.

Агульная лічба сьмяротнасьці пры пэрфоратыўнай язве страўніка да 1924 г. была роўная—60 проц.; пасьля 1924 г.—на падставе 688 выпадкаў у 13 аўтароў—яна роўная—40 проц. Аднак, гэта сярэдняя лічба, як відаць, адносна вялікая, бо ў гэту статыстыку ўваходзяць і нешматлікія выпадкі з вялікай сьмяротнасьцю (клініка *Разумоўскага*—78,5 проц.; больніца імя Дастаеўскага 1925 г.—4 выпадкі—75 проц. і г. д.). Калі ўзяць толькі вялікія лічбы (вышэй 30), тады выходзіць—33 проц., а ў некаторых аўтароў гэты процант яшчэ менш.

Джыбсон	1927 г.	112 выпадкаў	19 проц.
Вільліх	1928 г.	70 „	28,6 „
Вольф	1929 г.	55 „	21 „
(75 проц. опэравана ў першыя гадзіны).			
Красінцаў . . .		123 „	24,4 проц
Мой матэрыял . .		34 „	29 „

Пры пэрфорацыі кішачных язваў, у тым ліку брушна-тыфусовых, пэрытоніты давалі вельмі вялікую сьмяротнасьць—78 проц. (*Лібэрмейстэр*); 74 проц. (*Нэтцэль*); 72 проц. (*Кертэ*); 73,9—76,5 проц. (*Герстэр*); мая зборная статыстыка—76 проц.; і цяпер вынікі ня лепшыя. У мяне ў клініцы памерла 4 чалавекі такіх хворых; усе былі опэраваны.

Пэрытоніты на глебе пэрфорацыі жоўцевага пузыра. У 1910 г. я даваў лічбу—50 проц.; *Герстэр* дае лічбу 66,6 проц.; *Грэкаў*

у 1912 г.—50 проц. За апошнія гады на 111 выпадкаў я мог налічыць розныя лічбы ад 31 проц. да 52 проц.; значыць мы маем тут невялікае зьмяншэньне.

Траўматычныя пашкоджаньні кішак і іншых органаў брушной поласьці даюць таксама вельмі цяжкія пэрытоніты—пра гэта гл. у разьдзеле аб пашкоджаньнях брушной поласьці. *Грэкаў* (1912 г.) дае лічбу ад 42 проц. да 86 проц., цяпер мы маем да 55 проц. Агнястрэльныя ваенныя параненьні даюць 66 проц. *(Шмідэн)*, 75 проц. *(Грэфэнбэрг)*, 56 проц. *(Эндэрлен)*, 49 проц. *(Краске)*, у сярэднім—58-60 проц. Аднак ёсьць лічбы і ў 40 проц. *(Мартэнс)* і нават 30 проц.

Такім чынам, і тут ёсьць зьмяншэньне, хоць і невялікае. Гэтыя лічбы, узятыя мною для прыкладу, сьведчаць аб тым, што пры адных пэрытонітах мы маем значнае зьмяншэньне процанту сьмяротнасьці, пры другіх—зьмяншэньне малое, або яго зусім няма. Гэты факт прымушае шукаць тлумачэньня. Як відаць, большае зьмяншэньне даюць тыя пэрытоніты—пэрфарацыя язвы страўніка, апэндыцыт,—якія ў першыя гадзіны, звычайна, не зьяўляюцца вельмі вірулентнымі; даюць малое зьмяншэньне тыя пэрытоніты, дзе вірулентнасьць выяўляецца бурна ўжо з самага пачатку—напр., кішочнік. Адсюль вывад: наш посьпех у змаганьні з пэрытонітам і да гэтага часу засноўваецца больш на тым, што мы папераджаем яго шырокае разьвіцьцё, чым на тым, што мы ўмеем сапраўды змагацца з пэрытонэальнай інфэкцыяй.

Я лічу патрэбным зьвярнуць увагу на ўспамінаныя ў літаратуры—пра сьмяротнасьць ад пэрытоніту—малыя лічбы, бо яны падаюць надзею на тое, што магчымым зробіцца самое змаганьне з пэрытонітам. Напр. *Макры* (1927 г.) на 45 опэрацый пры пэрытоніце меў 9,3 проц. сьмяротнасьці: ён тлумачыць гэта ўжываньнем антытоксычнай сыроваткі.

Гнойныя пляўрыты даюць сьмяротнасьць значна меншую, як пэрытоніты, але ўсё-ж ткі не малую, і вывучэньне прычын гэтай сьмяротнасьці заслугоўвае, бязумоўна, увагі.

У абсолютных лічбах лік паміраючых ад пляўрытаў не малы; трэба, аднак, мецы на ўвазе, што ў зьмешчаных ніжэй лічбах—ёсьць значная доля і іншых пляўрытаў, ня толькі гнойных. У Германіі за 1923—1.926 г. г. штогадова памірала ад пляўрытаў больш 1500 чалавек. У Італіі ад пляўрытаў памерла: у 1924 г.—2.947 чалавек; у 1925 г.—3.190 чал.; у 1926 г.—3.042 чал. Трэба мець на

ўвазе разьмеркаваньне гэтай сьмяротнасьці па ўзростах, як гэта відаць з табліцы, што падаецца:

Проц. сьмяротнасьці ад пляўрытаў па ўзростах:

да 1 г.—5,3 проц.; да 10 г.—21,4 проц.; 10—20 г.—7,5 проц.; 20—40 г.—17,8 проц.; 40—60 г.—20,7 проц.; больш 60—24,9 проц.

Агульны процант сьмяротнасьці можна бачыць з лічбаў дзяржаўнай статыстыкі, памятаючы, зразумела, што тут гаворыцца пра пляўрыты ня выключна гнойныя:

Германія	1923 г.—	18.616 выпадкаў—	8,2	проц. сьмяротнасьці
„	1924 г.	18.276 „	7,0	„ „
„	1925 г.	19.849 „	6,8	„ „
„	1926 г.	19.797 „	6,8	„ „.

Гнойны пляўрыт дае вельмі вялікую сьмяротнасьць, асабліва у дзіцячыя гады, як гэта добра відаць з лічбаў *Краснабаева* і *Віленскага.*

Краснабаеў

Узрост	Лік выпадкаў	Проц. сьмяротнасьці
0—1	51	56,8
1—4	162	33,9
4—9	96	19,8
9—12	44	11,3

Віленскі

да 1 году	—	70
да 2 год	—	50

Удзел дзяцей значна павялічвае проц. сьмяротнасьці. Такім чынам, найбольшая сьмяротнасьць бывае ў тых аўтароў, якія маюць справу з дзецьмі.

Краснабаеў	145 выпадкаў	24,8	проц.	сьмяротнасьці
Гайле	— „	50,0	„	„
Раймольд	71 „	38,0	„	„
Віленскі	— „	28,0	„	„

Трэба мець на ўвазе яшчэ адзін момант: бактэрыолёгічную характарыстыку пляўрыта. Напр., паводле даных *Краснабаева* і *Вітфэльда* стрэптококавая эмпіэма давала 35,3-35,7 проц. сьмяротнасьці

Стафілёкокавая	эмпіэма	давала	14,3	проц.	сьмяротнасьці
Мяшаная	„	„	25—42,3	„	„
Дыплёкокавая	„	„	7—28,6	„	„
Пнэўмококавая	„	„	5	„	„

Маючы на ўвазе ўсе гэтыя папраўкі, карыстаючыся статыстыкамі, дзе дзеці не складаюць галоўнага элемэнту, мы атрымаем такія лічбы: мінімум 13 проц., максымум—31 проц., сярэдняя—20 проц. *Негелі* (клініка *Гарэ*) дае з 1894 г. да 1919 г. на 164 выпадкі—19,5 проц. сьмяротнасьці. Для больш новых статыстык—мінімум—0, максымум—24 проц., сярэдняя—10,5 проц. *Оратор* (1930 г.) дае лічбу—20 проц. Зразумела, я паўтараю, што лічбы гэтыя толькі прыблізныя, і пры пэўных умовах яны могуць павялічыцца. Напр., у справаздачы клінікі *Мартынава* гаворыцца пра 20 проц. сьмяротнасьці, але справа ідзе пераважна аб агнястрэльных параненьнях. Я лічу характарнымі напр., лічбы *Джыбсона* (вялікая амэрыканская больніца): у яго з 1912 г. да 1919 г. на 84 выпадкі было 14,6 проц. сьмяротнасьці, а з 1919 г. па 1927 г.—на 134 выпадкі—9,6 проц.

Што-ж гэта за фактары, якія далі (будзем дзеля асьцярожнасьці гаварыць некаторае) зьмяншэньне сьмяротнасьці.

Першым і галоўным фактарам зьяўляецца сваячасовасьць умяшаньня. Для ілюстрацыі гэтага палажэньня я вазьму свой матэрыял. У мяне на 53 выпадкі—10 сьмярцей—20 проц. сьмяротнасьці. Але з гэтых 10 сьмяротных вынікаў 6 разоў сьмерць была рэзультатам выключна запушчанасьці выпадкаў; 4 дзяцей было прыведзена ў безнадзейным стане і нават ня можна было спадзявацца на жыцьцё (дзеці ўзростам да 4 год., пасьля 5-8 тыднёвага консэрватыўнага лячэньня); 2 дарослых таксама знаходзіліся ў вельмі цяжкім запушчаным стане. Ці памерлі гэтыя хворыя на пляўрыты ад таго, што ім была зроблена опэрацыя? Зразумела, не. Гэта здарылася выключна ад запушчанасьці хваробы. Адкінуўшы гэтыя 6 сьмярцей, у нас застаецца 4 сьмерці на 47 выпадкаў, г. зн. 9 проц.

Такім чынам, і тут мы адзначаем важнасьць сваячасовага ўмяшаньня. Пры гнойным пляўрыце гэта задача, праўда, цяжэй, чым пры пэрытоніце: ня толькі вельмі позьняе, але таксама і вельмі раньняе ўмяшаньне можа зьявіцца для хворага ракавым. Аднак, ясна, што прынцып сваячасовасьці цалкам застаецца ў сіле і тут.

Другім фактарам зьяўляецца мэтод лячэньня—гэта замена, хоць бы частковая, адкрытага спосабу лячэньня закрытым. Напр., паводле матэрыялаў раду аўтароў, пры параўнальным правядзеньні, адкрыты спосаб даваў да 37 проц. сьмяротнасьці, а закрыты—8-20 проц. *Крымаў* меў сьмяротнасьць—пры адкрытым спосабе—28,6 проц., пры закрытым—9 проц. *Турнэ* на 2.447

выпадкаў, лечаных адкрыта, меў 23,6 проц. сьмяротнасьці, на 1.026 закрытых—10 проц.

Такім чынам, калі пры пэрытоніце наша ўзьдзейнічаньне вельмі простае, дык неабходнасьць выбару і індывідуальнага, падыходзячага для данага выпадку, спосабу лячэньня робіць цяжэйшай справу пры гнойным пляўрыце.

Запаленьні (абсцэсы) унутраных органаў.

Запаленьні ўнутраных органаў у выглядзе абсцэсаў, гангрэны і г. д.—даюць таксама вельмі вялікую сьмяротнасьць, і наша змаганьне з імі да гэтага часу, хоць і далёка не безнадзейнае, але не дае вельмі вялікага рэзультату. Цяжкасьці дыягностыкі і цяжкасьці доступу да абсцэсаў унутраных органаў зьяўляюцца ў гэтых адносінах значнаю перашкодаю.

Абсцэсы мазгоў карыстаюцца заслужанай, плахою славай. У залежнасьці ад іх паходжаньня і разьмяшчэньня, яны даюць, зразумела, і розную сьмяротнасьць—яна даходзіць да $^2/_3$ выпадкаў. *Бэк* (1927 г.) меў на 99 выпадкаў абсцэсаў мазгоў—66 проц. сьмяротнасьці.

На падставе асабістай практыкі з агнястрэльнымі параненьнямі чэрапу і абсцэсамі пасьля іх, я магу толькі далучыцца да палажэньня пра надзвычайную цяжкасьць такіх абсцэсаў.

У апошні час, для зьмяншэньня гэтай сьмяротнасьці, спрабуюць лячыць абсцэсы мазгоў пункцыямі *(Спасакукоцкі, Колеман і інш).* Так, *Колеман* (1929 г.) на 14 выпадкаў пункцыі меў толькі 2 сьмерці.

Абсцэсы лёгкіх. *Гарэ* (1903 г.-1912 г.) даў у свой час такія лічбы: на 182 абсцэсы лёгкіх—17,5 проц. сьмяротнасьці, і на 281 выпадак гангрэны лёгкіх—29,3 проц. сьмяротнасьці. Статыстыка *Гарэ* наўрад ці зьяўляецца правільнай: яна аб'ядноўвае, як відаць, толькі добрыя выпадкі, таму што наступныя лічбы аўтароў большыя. Так, *Кісьлінг* на 120 выпадкаў указвае 40,8 проц. сьмяротнасьці.

Відаць, для данага моманту трэба лічыць паказальнымі лічбы *Заўэрбруха* (1920 г.)

На 19	выпадкаў	вострых абсцэсаў лёгкіх—	16,3	проц.	сьмяротнасьці.
„ 53	„	хранічных „ „	38	„	„
„ 37	„	гангрэны лёгкіх	51,3	„	„

Лічбы 13 аўтароў даюць для гнойных працэсаў у лёгкіх за апошнія гады мінімум—22,7 проц.; максымум—52 проц.; сярэд-

няя—28 проц. *Апокін* у сваім дакладзе (1926 г.) вывеў сярэднюю сьмяротнасьць у 32 проц; як відаць, 28—32 проц. становяць сабой у сучасны момант шуканую лічбу.

У мяне было 4 выпадкі, 2 хворых загінулі: адзін (гангрэна лёгкага) ня быў опэраваны з прычыны цяжкасьці выпадку і памёр; другі хворы памёр пасьля опэрацыі.

Нарывы селязёнкі даюць лепшы прогноз, як нарывы печані. Даныя 5 аўтароў (128 выпадкаў) даюць для нарываў селязёнкі—20 проц. сьмяротнасьці, для нарываў печані—55 проц. *Окіншэвіч* на 106 выпадкаў нарываў печані меў 41,6 проц. сьмяротнасьці.

Вельмі цяжка працякаюць таксама вострыя запаленьні падстр. залозы (гемораг. запаленьні, абсцэсы і г. д.) Даныя раду аўтароў (на 519 выпадкаў—230 сьмярцей) даюць сьмяротнасьць у 46 проц.

Апэндыцыт. Апэндыцыт цяпер дае невялікі процант сьмяротнасьці: аднак, гэта не датычыць вострых выпадкаў, дзе процант сьмяротнасьці не малы. З прычыны таго, што абсолютны лік апэндыцытаў вялікі, дык і малы процант сьмяротнасьці ў выніку зьяўляецца значнаю абсолютнаю лічбай. Лічу патрэбным заўважыць, што ад апэндыцыту людзі паміраюць у лепшыя гады свайго жыцьця: ва ўзросьце да 40 год наўрад ці ня столькі памірае штогадова ад апэндыцыту, колькі ва ўзросьце старэй 40 год —ад раку. Пэўны процант гэтых сьмярцей няўнікальны, з прычыны вялікай цяжкасьці інфэкцыі і пэрытоніту, які пры гэтым далучаецца. Але большая частка гэтых сьмярцей магла-б быць ўнікнута калі-б не паводзіны хворых, якія сваячасова не згаджаюцца на опэрацыю, і раду ўрачоў, якія яшчэ не прасякнуліся ідэяй неабходнасьці раньняй опэрацыі. Такім чынам, у гэтай галіне хірургам ня можна складаць рук, неабходна, як і раней, змагацца, што ўжо дало значныя вынікі. Усё сказанае я магу ілюстраваць некаторымі лічбамі.

Абсолютна вялікай лічбы апэндыцыт сабою не становіць. На ўсю колькасьць наогул захворваньняў апэндыцыт складае 0,3 проц.; на колькасьць хвароб страўнічна-кішочных—2 проц.; у Менску—2,3 проц.; у Віцебску—3,9 проц. *(Смулевіч).*

Але лік апэндыцытаў у хурургічнай больнічнай практыцы вельмі вялікі, як гэта відаць з наступных лічбаў:

Мартынаў (за 15 год)	6.164 хворых	15 проц.	апэндыцытаў
Штых	31.136 „	10 проц.	„
Пэтрэн	12.144 .	15 проц.	„
Джыбсон	20.600 „	8 проц.	„
Інстытут імя Скліфасоўскага, 1925 г.	2.526 „	20 проц.	„

(на 561 экстраную опэрацыю—188 вострых апэндыцытаў)

Такім чынам сярэдні проц.—12.

У мяне на 6.107 хворых было 837 выпадкаў апэндыцыту, г. зн проц. роўны 14.

Для ілюстрацыі абсолютнай лічбы сьмярцей пры апэндыцыце можна прывесьці такія даныя:

Германія	за	1923	год	2.030 сьмярцей
„	„	1924	„	2.270 „
„	„	1925	„	2.582 „
„	„	1926	„	2.807 „
Італія	„	1924	„	1.213 „
„	„	1925	„	1.340 „
„	„	1926	„	1.440 „

Вельмі пераканальныя далей лічбы Германіі з процантам сьмяротнасьці, роўным 2.

Германія	Выпадкаў апэндыцыту	Выпадкаў сьмерці	Проц. сьмяротнасьці
1923 г.	87.842	2.030	2,3
1924 г.	110.025	2.270	2
1925 г.	147.334	25.82	1,8
1926 г.	156.614	28.07	1,8

Больнічныя лічбы сьмяротнасьці крыху большыя з прычыны з‘асяроджаньня ў хірургічных аддзяленьнях больш цяжкіх выпадкаў.

Сярэдняя лічба сьмяротнасьці наогул пасьля апэндыцыту на падставе назіраньняў 15 аўтароў (агульная колькасьць выпадкаў—18.337)—2,9 проц.; востры апэндыцыт дае сярэднюю лічбу—6,3 проц.; хранічны—0,4 проц. Гэтыя лічбы, як заснаваныя на вельмі вялікім абсолютным ліку, можна лічыць характэрызуючымі сучасную сьмяротнасьць ад апэндыцыту ў хірургічных аддзяленьнях.

Зразумела, ёсьць лічбы меншыя і большыя за сярэднюю. Тыя лічбы, якія крыху вышэй сярэдняй (напр. *Гец і Дзюрман*—амэрыканскія лічбы—пры вострым апэндыцыце—7,2 проц.) зьяўляюцца звычайнымі; але спыняюць увагу іншыя лічбы, як напр., *Геры* (1926 г.)—1.352 выпадкі вострага апэндыцыту—15 сьмярцей —каля 1 проц. сьмяротн., або *Гольст* (1927 г.)—1.832 выпадкі вострага апэндыцыту—57 сьмярцей—каля 3 проц. сьмяротнасьці.

Мой матэрыял зусім адпавядае гэтым агульным лічбам: у мяне было выпадкаў:

опэраваных—693—	15 сьмярцей—	2,1	проц. сьм.
неопэраваных—144—	4 „	—2,8	„ „
Усяго—837—	19 сьм.	—2,2	„ „

Адны вострыя апэндыцыты—186 опэрацый—далі 15 сьмярцей, г. зн. 8 проц.

Агульная дынаміка процанту сьмяротнасьці пры апэндыцыце да пэўнай ступені можа быць ілюстравана наступнай табліцай.

Агульная сьмяротнасьць пры апэндыцыце:

Аўтар	Год	Лік выпадкаў	Проц. сьмяротнасьці
Валь . .	Да 1890 г.	55.891	6,6
	1890—1900 г.		7,8
Салі . .	1895	7.213	9,6
Валь . .	1900—1908		6,5
Зонэнбург	1908—1911	1.183	4,9
дэ Кервэн	1908—1912	6.116	8,1
Кюмэль .	1912	4.000	5,8
Кеніг . .	1916-1921	1.353	6,8
Гразэр .	1919	—	5,6
Гольст .	1927	2.481	2,46
Розанаў .	1911—1924	4.193	2,3
Рубашоў	1924—1929	837	2,2

Такія-ж самыя вывады можна ілюстраваць і іншымі данымі. Паводле *Страсбургера* без опэрацыі памірае да 10 проц. і больш выпадкаў апэндыцыту. *Бярозкін* констатаваў, што ў 1901 г. процант сьмяротнасьці ад вострага апэндыцыту быў роўны 10. *Баўэр* меў у 1896—1907 г. г.—6 проц. сьмяротнасьці, а за апошні час—1,2 проц. *Ністрэм* 1900—1905 г. 9 проц., а ў 1916—1918 г., 1,06 проц.

Расія на ўсю колькасьць хворых на апэндыцыт дала ў 1902 г.—6,5 проц. сьмяротнасьці, а ў 1912—3,4 проц.

Нарэшце, цікавы назіраньні паасобных асоб і пунктаў.

Дэрфлер (Германія) з 1895 да 1905 г. дабіўся зьмяншэньня сьмяротнасьці з 18 проц. да 5,5 проц. Паводле *Эсэн* (Базэль) сьмяротнасьць ад апэндыцыту з 1901 г. да 1925 г. зьменшылася (у абсолютных лічбах) з 57 да 35—у мужчын і ад 35 да 27—у жанчын—за год.

Якім шляхам дасягнута гэта зьмяншэньне? Галоўным чынам увядзеньнем раньняга хірургічнага лячэньня. Гэта можна давесьці, між іншым, тымі лічбамі, якія гавораць пра сьмярот-

насьць, атрыманую пры опэраваньні ў розныя дні хваробы. *Салі* (1895 г. статыстыка Швэйцарыі) меў на 7.213 апэндыцытаў агульны процант сьмяротнасьці—9,6 пры такім становішчы: 94 проц. лечаных консэрватыўна і 6 проц.—опэрацыйна.

дэ Кервэн атрымаў пры опэрацыі

на 1 дзень	—1.723 выпадкі	— 0,69 проц	сьмяротнасьці
на 2 „	—1.389 „	— 4,7 „	„
на 3 „	— 788 „	—10,7 „	„
на 4 „	—1.197 „	—21,2 „	„

Такія-ж іншыя лічбы сьмяротнасьці пры опэрацыі ў процантах:

Аўтар	Лік выпадкаў	I суткі	II суткі	III суткі
Зоңэнбург .	565	1,8	4,6	1,5
Мак Уільлямс	1411	1,6		
Мюзам . .	—	3,2	3,2	14,4
Розанаў . .	328	2,4	18,2	33,3
Рубашоў . .	—	0,75	4,0	33

Аналізуючы свае сьмяротныя выпадкі, я знаходжу, што з неопэраваных было:

3 безнадзейныя пэрытоніты;

1 дыягностычная памылка (ня быў пазнаны апэндыцыт); з опэраваных: 3 вельмі цяжкія выпадкі;

12 прывезены позна (запушчаныя выпадкі).

Пэўны інтарэс мае пытаньне пра пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць пры хронічным апэндыцыце, г. зн. пры опэрацыі ў халодным пэрыодзе: ніжэйзьмешчаная табліца дае аб гэтым уяўленьне.

Сьмяротнасьць пры хронічным апэндыцыце:

Розанаў (да 1925 г.)				0,7 проц.
„ з 1925 г.	2.060	выпадкаў		0 „
Штых	562	„ . . .	3 сьмерці	0,5 „
Джыбсон . .	773	„ . . .	7 „	0,9 „
Гольст . .	222	„ . . .	1 „	0,5 „
Інстытут Скліфасоўск.	320	„ . . .	0 „	0 „
Больніца імя Дастаеўскага (1925 г.)	304	„ . . .	0 „	0,0 „
Бабух. больніца 1924 г.	289	„ . . .	1 „	0,4 „
Спасакукоцкі .	494	„ . . .	0 „	0,0 „
Юдзін . . .	412	„ . . .	1 „	0,2 „
Рубашоў . . .	651	„ . . .	0 „	0,0 „
Каган (кл. Пятрова)	450	„ . . .	4 „	0,9 „ .
	6537		17	0,25 проц.

Нельга не зазначыць таго, што некаторыя хірургі паказваюць на павялічэньне сьмяротнасьці ад апэндыцыту, у сувязі з шырокім распаўсюджваньнем опэрацыйнага мэтоду яго лячэньня—пра гэта гл. у разьдзеле аб павялічэньні пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. Тут я ўспамяну пра погляды аўтароў, падкрэсьліваючых правільнасьць вялікага консэрватызму ў пытаньні лячэньня апэндыцыту. Адны ня бачаць асаблівых перавагаў ад ажыцьцяўленьня прынцыпу раньняй опэрацыі. *Гольст* (1927 г.) падае такія лічбы: на 436 выпадкаў лечаных тэрапэўтычна—3 сьмерці—0,7 проц.; на 1.823 выпадкі опэраваныя—57 сьмярцей—3,1 проц. Але пытаньне ў тым, якія выпадкі лячыліся консэрватыўна, ці не найбольш лёгкія?

Другі момант такі: ажыцьцяўляючы ідэю раньняй опэрацыі, некаторыя аўтары лічыць, што ў позьняй стадыі, калі ўжо разьвіўся пэрытоніт, мы павінны быць консэрватыўнымі. Так *Дзівэр* піша, што з таго часу, як ён пачаў лячыць пэрытоніты консэрватыўна, сьмяротнасьць пры вострым апэндыцыце зьменшылася з 19,2 проц. (1900 г.) да 3—4 проц. (1920 г.). Таксама *Геры*, які цытаваўся вышэй, атрымаў пры вострым апэндыцыце сьмяротнасьць—1 проц., і тлумачыць гэта тым, што пэрытоніты лячыў консэрватыўна. Усё-ж такі вопыт шмат якіх іншых хірургаў настолькі супярэчыць гэтаму, што пакуль прызнаць гэты погляд правільным няма дастатковых падстаў.

Заключэньне: сьмяротнасьць ад апэндыцыту можа быць даведзена да мінімуму, дзякуючы раньняй опэрацыі, г. зн. у значнай меры за лік выхаваньня ўрачоў і хворых у адпаведным кірунку.

Запаленьні жоўцевых шляхоў. Сьмяротнасьць пры запаленьні жоўцевых шляхоў ня так лёгка выявіць. Малую лічбу сьмяротнасьці, якую падаюць тэрапэўты, *Фёдараў* лічыць падазронай і надае большае значэньне лічбам *Біндэра*, які паказвае 11 проц., і *Наўніна*, які гаворыць пра 15 проц. сьмяротнасьці. Найбольш правільнае ўяўленьне пра агульную смяротнасьць даюць, як відаць, масавыя лічбы дзяржаўнай статыстыкі.

Італія—на 100.000 насельніцтва памерла ад хвароб печані і жоўцевых шляхоў:

Гады	У проц.	У абсалютн. лічбах
1924	6,7	2.640
1925	7,8	3.109
1926	7,7	3.083

	Гады	Хворых	Сьмярцей	Проц. сьмяротнасьці
Расія	1912	21.867	1.654	7,6
Германія . . .	1923	32.726	2.255	7
" . . .	1924	39.836	2.768	7
" . . .	1925	47.189	3.351	7
" . . .	1926	49.067	3.391	7

Такім чынам, можна лічыць, што лічба—7 проц.—характэрызуе сьмяротнасьць пры захворваньнях печані і запаленьнях жоўцевых шляхоў.

Найбольшую сьмяротнасьць дае больш паджылы ўзрост (гл. лічбы Італії).

Італія 1926 г. процант сьмяротнасьці па ўзростах:

Узрост	Проц. сьмяротн.	Узрост	Проц. сьмяротн.
да 1 году	5,5	ад 20 да 40 г.	13,2
" 10 "	5,6	" 40 " 60 г.	29,4
ад 10 да 20 г.	1,7	старэй	39,7

Гэта гаворыць пра два моманты: па-першае, аб тым, што ускладненьні, вынікам якіх бывае сьмерць, праяўляюцца іменна ў старыя гады і, па-другое, што старыя людзі кепска пераносяць гэтыя ускладненьні і тыя хірургічныя ўмяшаньні, якіх апошнія патрабуюць. Адсюль, зразумела, ясны вывад: ня трэба даводзіць гэтыя ускладненьні да больш старага ўзросту, трэба рабіць умяшаньне раней. Гэта апошняе відаць з наступных табліц:

Сьмяротнасьць опэраваных хворых

	Эндэрлен	*Гоц*
Да 40 г.	2 проц.	7,26 проц.
Ад 40 да 60 г. . . .	9,5 "	20 "
" 60 " 70 " . . .	10,5 "	35,45 "

Агульная сьмяротнасьць пры опэрацыйным лячэньні жоўцевых захворваньняў была ў свой час вылічана *Керам* (1913 г.),—на 5.500 выпадкаў—12 проц. Цэлы рад вялікіх статыстык апошняга часу таксама дае лічбы, блізкія да вышэй-паказаных: *Зібенгаар*—10 проц. (144 вып.), *Спасакукоцкі*—10 проц., Інстытут імя Скліфасоўскага—14 проц. *Пэтрэн*—11 проц. (354 выпадкі), *Джыбсон* 10 проц. (526 выпадкаў) і г. д. Паводле *Мельнікава*, рускія справаздачы да вайны давалі—11,4 проц., пасьля вайны—12 проц. Мая статыстыка таксама дае 12 проц. *Гоц* дае ад 7 проц. да 35 проц.

Але побач з гэтымі лічбамі, ёсьць і меншыя лічбы: *Легей* дае—4,6 проц., *Шутэ*—4,8 проц. (371 выпадак); *Юдзін*—4 проц. (55 выпадкаў); Ардатаўская больніца (352 выпадкі)—5 проц.; *Штых* (1.362 выпадкі)—4 проц.; *Швайцэр* (302 выпадкі)—3,5 проц.; *Мэйо* на 16.980 опэрацый за 32 гады меў 2,6 проц.; *Эндэрлен* ад 2 проц. да 10,5 проц.

Аднак, гэта сумарная лічба сьмяротнасьці не дае яшчэ сапраўднага ўяўленьня пра апошнюю. Калі выходзіць толькі з гэтай лічбы, дык можа атрымацца ўражаньне, што хірургія жоўцевых шляхоў не зрабіла вялікага посьпеху. Даволі зьвярнуць увагу на лічбы *Ігнатава*, які сабраў 278 опэрацый, зробленых да 1891 г., і атрымаў 13 проц. сьмяротнасьці; або лічбы *Лаўсен-Тэйт*, які ў 1888 г. на 28 выпадкаў меў 7 проц. сьмяротнасьці. Гэта тлумачыцца надзвычайнай простасьцю даўнейшых опэрацый, з якіх рабіліся пераважна холецыстостомія.

У сучасны момант сьмяротнасьць знаходзіцца ў поўнай залежнасьці ад момантаў, якія ускладняюць захворваньне, і ад таго, ці выбірае хірург для опэрацыі выпадкі больш лёгкія ці больш цяжкія.

Даю, як прыклад, некаторыя лічбы:

	Больш лёгкія выпадкі.	Больш цяжкія выпадкі.
Кер	3,3 проц.	79,2 проц.
Рэйн	7 „	62 „
Клейншмід . . .	2,9—4,7 „	20,8—66 „
Кертэ	3 „	15 —18 „

Адзіным правільным шляхам зьяўляецца ўмяшаньне больш раньняе.

Калі нават ня трымацца таго погляду, што кожнае захворваньне трэба лячыць опэрацыйным спосабам, дык ужо кожнае ускладненьне абавязкова павінна быць опэравана сваячасова.

Такім чынам для зьмяншэньня сьмяротнасьці пры захворваньнях жоўцевых шляхоў, мы павінны канчаткова стаць на шлях больш раньняй опэрацыі.

Гнойныя захворваньні касьцей і мяккіх частак.

Цяжкім захворваньнем зьяўляюцца остэоміэліты. Яны даюць вялікі процант сьмяротнасьці, з якім ня лёгка змагацца. Вызначыць агульны процант сьмяротнасьці ад остэоміэлітаў цяжка, бо ён залежыць ад шмат якіх фактараў: лёкалізацыя, узрост і г. д.

Такім чынам, атрымліваецца, што *Сокалаў* (1928 г.) вызначае гэтую сьмяротнасьць у 25-30 проц. а *Аншуц* (1927 г.)—у 10-15 проц.

Магскі	на 221	выпадак меў	35 проц. сьмяротнасьці
Панамароў	на 98	„ „	30,6 „ „
Гурлер	на 75	„ „	27—32 „ „
Рабінкін	на 148	„ „	ад 8 да 32 проц. (па лёкалізацыі)
Гранд	—	„	17,9 да 29,4 проц.
Клем	на 320	„ „	20,9 проц.
Краснабаеў	на 428	„ „	22,4 „
Оратор	—	„ „	30 „
Гармс	на 184	„ „	11,5 да 17,5 „
Нэгелі	на 97	„ „	11 да 14,3 „
Рост	на 236	„ „	7 да 14 „
Юдзін	на 31	„ „	13 проц.
Увядзенскі	на 746	„ „	8,5 „
Джыбсон	на 155	„ „	7 „
Пленц			2,4 „

Трэба думаць, што лічбы *Краснабаева, Роста, Юдзіна* зьяўляюцца сярэднімі (15-25 проц.). Мой матэрыял:

43 вострыя остэоміэліты—4 сьмерці—9,3 проц. сьмяротнасьці
83 хронічныя „ 1 „ —1,2 проц.

Сэптычны остэоміэліт дае вельмі цяжкую сьмяротнасьць—да 66 проц. *(Вышагародзкая.)* Таксама вялікую сьмяротнасьць дае остэоміэліт хрыбетніка.

Пры остэоміэліце хрыбетніка сьмяротнасьць была:

паводле	*Мэкінс-Эбот*	1896 г.	71,4 проц.
„	*Донаці*	1906 „	48 „
„	*Фолькман*	1914 „	41,8 „
„	*Аглоблінай*	1926 „	41,46 „

Множны о с т э о м і э л і т асабліва небясьпечны—ён дае да 81 проц. сьмяротнасьці *(Панамароў)*. Чым большая маса касьці паражаецца, тым большая сьмяротнасьць, што до бра відаць табліцы *Панамарова*:

остэоміэліт плечнай касьці. . . . . —22,2 проц. сьмяротнасьці
„ галёнкі. . . . . —37,2 „ „
„ бядрыцы. . . . . —55 „ „
сківіцы—250 выпад.—8 сьмярцей—3,5 проц.

Бязумоўна, і пры остэоміэліце адыгрываюць ролю і запушчанасьць выпадку, і правільнае лячэньне (відаць, большасьць аўтароў ня згодны з раньняй трэпанацыяй і лічаць лепшым вызва-

ляючы разрэз), але сама прырода остэоміэліту (сэпсіс) такая, што спадзявацца на параўнаўча лёгкую перамогу над ім ня можна.

Запаленьні мяккіх тканак (скуры, падскурнай клеткавіцы—абсцэсы, флегмоны, панарыцыі і т. д.) зьяўляюцца вельмі распаўсюджаным відам хірургічных захворваньняў. Адносную вагу запаленьняў мяккіх частак да пэўнай ступені можна ўявіць сабе з наступных лічбаў: у застрахаваных СССР—1925—на запаленьні скуры і падскурнай клеткавіцы прыпадала—13 проц.

Захворвальнасьць на флегмоны і абсцэсы відаць далей з такіх лічбаў: на 1.014.377 застрахаваных хворых было флегмон і абсцэсаў (СССР, 1925 г.)—64.036, г. зн. 6,3 проц.; паводле ангельскіх даных за 1924 г.—7,9 проц.

Залежнасьць паміж профэсіяй і запаленьнямі мяккіх частак прадстаўлена такімі лічбамі: запаленьні клеткавіцы (СССР, 1925 г.) у прамысловых рабочых складалі—13 проц. усіх захворваньняў, а ў служачых і асоб непродукцыйнай працы—7,4 проц. У статыстыцы чыгуначнікаў ён таксама шмат большы ў паравозных брыгад і рабочых чыгуначных майстэрань, чым у адміністрацыі і т. д. (18,24 і 1,93). Найбольшы процант хвароб скуры і падскурнай клеткавіцы заўважаны ў асоб, якія заняты апрацоўкай мінэраляў (24,31 проц.), жывёльных продуктаў (20,28 проц.), у асоб, занятых у здабывальнай прамысловасьці (20,83); найменшы—у асоб, якія задавальняюць так званыя духоўныя патрэбы (1,94 проц.), сцэна (2,48 проц.), хатняя гаспадарка (2,82 проц.).

Сэптычныя захворваньні скуры і падскурнай клеткавіцы, як даўней, так і цяпер, вырываюць з жыцьця не малую колькасьць людзей—у абсолютных лічбах для СССР, для Германіі—гэта, мабыць, 1500-2000 чалавек штогод, што ясна з наступных лічбаў:

Запаленьні клеткавіцы.	Лік выпад.	Сьмярцей	Процант сьмяротнасьці
Расія 1892 г. у больніцах	37.270	1.019	каля 3 „
„ 1902 г. флегмоны	28.246	967	3,4 „
„ 1912 г. . . .	66.450	1.361	2 „

Германія Сэптычныя захворваньні скуры і клеткавіцы.

Год	Лік хворых	Лік сьмярцей	Проц. сьмяротнасьці
1923	79.118	1.446	1,8 проц.
1924	86.101	1.390	1,6 „
1925	90.416	1.573	1,7 „
1926	91.907	1.532	1,6 „

Але флегмоны, якія трапляюць у больніцы, зьяўляючыся больш цяжкімі, даюць і большую сьмяротнасьць. Напр.:

Басманная больніца мела на 94 глыбокія флегмоны—11 сьмярцей—12 проц. сьмяр.

Абухоўская больніца (1924 г.) дае сьмяротнасьць—4,6 проц.

Мой матэрыял: на 60 флегмон—3 сьмерці—5 проц.

Асабліва цяжкія флегмоны шыі: Інстытут імя Скліфасоўскага на 14 флегмон шыі меў—2 сьмерці—14 проц. сьмярот.

Тамбоўская больніца 1886 г.—16 флегмон шыі меў 4 сьмерці —24 проц. сьмяротн. Таксама цяжкія флегмоны з асобнай лёкалізацыяй. Так, *Гарэ* калісьці гаварыў пра 34 проц. сьмяротнасьці ад паранэфрытаў, чаго, цяпер зразумела, няма; але і цяпер паранэфрыты даюць пэўны процант сьмяротнасьці. Толькі гэтыя сьмерці ў меншай ступені залежаць ад цяжкасьці інфэкцыі, у большай—ад запушчанасьці хваробы і частква ад кепскага агульнага стану організму; апошняе добра паказана лічбамі Абухоўскай больніцы за нормальныя і галодныя гады: 1914 г.—4,6 проц сьмяротнасьці; 1918 г.—21,6 проц. сьмяротнасьці ад флегмон.

На аснове практыкі агнястрэльных параненьняў вайны 1914-1918 г. г. я магу зазначыць, што частасьць інфэктываньня і цяжкасьць запальнага процэсу проста пропорцыянальны масе, якая паражаецца. Пры наяўнасьці адных і тых-жа сродкаў параненьня і агульных умоў, я мог лічбамі сьцьвердзіць тое агульнае назіраньне, што інфэкцыя праходзіла больш цяжка і давала большую сьмяротнасьць на лагве, сьцягне, чым на плячы, прадплеччы, ручцы і г. д. Гэты закон, зразумелы з біолёгічнага пункту гледжаньня (большая паражальная маса—большы шлях судакрананьня з ранячай прыладаю, большая маса зьмярцьвелай тканкі, дзе лёгка і пышна могуць разьвіцца мікробы і г. д.), поўнасьцю сьцьвярджаецца і пры назіраньні за інфэкцыяй у абстаноўцы мірнага часу.

На падставе свайго ваеннага матэрыялу, я мог скласьці табліцу, дэмонструючую частасьць інфэкцыі як мясцовай, так і агульнай, а таксама сьмяротнасьці; яна паказвае, што чым большая маса мяккіх тканак і касьцей паражаецца, тым часьцей і цяжэй бывае інфэкцыя.

	Мясцовая інфэкцыя	Агульная інфэкцыя (сэпсіс)	
Чэрап .	28 проц.	0	галава, шыя,
Твар . .	14,5 „	0	
Шыя . .	12 „	0	тулава—мясц. інф.—23,9 проц,
Грудзі .	25 „	0	агул. інф —2 проц.

	Мясцовая інфэкцыя		Агульная інфэкцыя (сэпсіс)		
Сьпіна .	40	проц.	10	проц.	Верхнія канцавіны м. інфэкц. 45 проц. агульн. інфэкц. 5,9 проц.
Плячо .	46	„	9	„	
Прадплечча	56	„	12	„	
Ручыца .	30,5	„	2,8	„	
Пальцы .	48	„	0	„	
Лагво .	60	„	40	„	Ніжняя канцавіна м. інфэкц. 53 проц. агульн. інф. 19,4 проц.
Крумянкі .	54	„	3,5	„	
Сьцягно .	62,9	„	30,8	„	
Галёнка .	46	„	13	„	
Ступа .	43	„	10	„	

Піэмія і сэптыцэмія.

На маім матэрыяле я меў усяго 10 выпадкаў сьмерці ад піэміі.

Германскія лічбы даюць правільнае ўяўленьне пра сьмяротнасьць пры агульным сэпсісе:

Германія	Выпадкі	Сьмярцей	Проц. сьмяротн.
1923 г. .	3.500	2.057	55
1924 г. .	3.693	2.130	55
1925 г. .	3.840	2.157	56
1926 г. .	3.836	2.135	56

Наша перамога над піэміяй і сэптыцэміяй ня ў тым, што мы цяпер спраўляемся з імі шмат лепш, як даўней, а ў тым, што мы навучыліся папераджаць іх—мы зьменшылі захворвальнасьць.

Хірургічны тубэркулёз.

З ліку спэцыфічных хірургічных хранічных запаленьняў трэба паказаць толькі на тубэркулёз, які дае пэўную сьмяротнасьць: для хірургічнага сыфілісу і ганарэі сьмерць—рэдкае зьявішча.

Вызначыць сьмяротнасьць ад хірургічнага тубэркулёзу—цяжка, але ўсё-ж можна падаць некаторыя сумарныя лічбы, якія даюць орыёнтоўку.

	Гады	Лік выпадкаў	% сьмяр.
Джыбсон	1927	202	4
Абухоўская больніца .	1913	—	4,7
Ортэга	1927	500	1
Ролье		155	4,5

Я на сваім матэрыяле ў 120 тубэркулёзных хворых самых рознастайных меў 7 выпадкаў сьмерці, што дае 5,8 проц.—лічба

даволі блізкая да вышэй паказаных. Яе адносная вышыня, мабыць, тлумачыцца тым, што мы прымаем у больніцы, з прычыны адсутнасьці месц, звычайна толькі самыя цяжкія выпадкі. І сапраўды, з 7 маіх хворых 3 памерлі без опэрацыі—былі прывезены ў цяжкім стане, запушчанымі; адзін з іх—ад тубэркулёзнага мэнінігіту; 4 былі опэраваны (пры гэтым адзін з іх быў амаль безнадзейны): 2 рэзэкцыі галоўкі бядрыцы, 1 ампутацыя бядра, 1 тубэркулёз ныркі.

З усіх тубэркулёзных паражэньняў канцавін найбольшую сьмяротнасьць даюць коксіты і гоніты. Да 1893 г., пры коксіце памірала да 40 проц. пры гоніце—да 33 проц. У апошнія гады сьмяротнасьць значна меншая, але ўсё-ж у *Мэзары* (1928 г.) на 365 туб. коксітаў пры консэрватыўным лячэньні памерала 8,1 проц. З маіх 7 выпадкаў памерла 4 чал. ад коксіту (з 18) і 2 ад гоніту (з 28).

Опэрацыйная сьмяротнасьць пры рэзэкцыі тубэркулёзных суставаў (усіх наогул), паводле *Сьпіжарнага* вагаецца ад 3 да 5 проц.

Таксама цяжкай формай зьяўляецца тубэркулёзны спондыліт.

Старыя статыстыкі даюць значныя лічбы сьмяротнасьці:

Зэман .	168 выпадкаў	42 проц. сьмяротнасьці
цур Нэдэн	312 „	59 проц. „
Лянгеск'ельд		40 проц. „
Вульпіус.		54 проц. „

Статыстыка *Більрота* (1869 г.) давала 46 проц. сьмяротнасьці.

Аднак, за апошні час гэтая лічба значна зьменшылася. Так, *Ролье* дае ўсяго 2 проц. сьмяротнасьці; *Врэдэн* на 210 консэрватыўна лечаных выпадкаў—8 проц., пры опэрацыйным-жа лячэньні (98 выпадкаў)—5 проц. Між тым іншыя статыстыкі опэрацыйнага лячэньня (*Фроме*) гавораць пра 25 проц. сьмяротнасьці. *Оратор* у 1930 г. гаворыць пра 20 проц. сьмяротнасьці пры тубэркулёзным спондыліце.

Тубэркулёз нырак дае таксама немалую сьмяротнасьць.

Легэі Шэваск (1912 г.) на 738 выпадкаў, лечаных тэрапэўтычна, мелі сьмяротнасьць у 20 проц. у першыя два гады. Сьмяротнасьць пасьля нэфрэктоміі ў апошнія гады трэба лічыць роўнай 4 проц. (па Фёдараву); але больш позьняя сьмяротнасьць вагаецца таксама ад 10 проц. да 16 проц.; *Оратор* (1930 г.)—вызначае сьмяротнасьць у 12 проц. Мабыць, і пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць таксама большая (параўнайце статыстыку *Штыха* з 19 проц. сьмяротнасьці ў апошнія гады).

Тубэркулёзны пэрытоніт і тубэркулёз кішак таксама даюць немалую сьмяротнасьць (да 25 проц.—*Оратор* (1930 г.)

Сьмяротнасьць ад тубэркулёзных запаленьняў розных органаў павінна зьменшацца. Паралельна зьмяншэньню захворвальнасьці на тубэркулёз будзе зьмяншацца і хірургічная захворвальнасьць; колькасьць запушчаных выпадкаў будзе зьмяншацца, магчымасьць вылечыць працэс будзе павялічвацца.

Заключэньне.

Запаленьні выклікаюцца мікробамі, і з гэтага пункту гледжаньня зьяўляюцца таксама захворваньнямі „выпадковымі“, як і траўмы. Таму ў ідэале дапушчальна і сапраўдная профіляктыка гэтых захворваньняў у сэньсе вызваленьня асяродзьдзя, у якім жыве чалавек, ад прысутнасьці мікробаў, або хоць-бы вызваленьня ад іх—найбольш паргажальных пунктаў. Гісторыя эпідэмічных і інфэкцыйных захворваньняў зусім яскрава паказвае на такую магчымасьць; наша хірургія з яе асэптыкаю зьяўляецца ня менш бліскучым доказам гэтай перамогі. І калі мы зараз яшчэ маем вельмі шмат такіх захворваньняў, дык прычына гэтага, як відаць, у тым, што цэлы рад профіляктычных мерапрыемстваў намі яшчэ ня можа ажыцьцяўляцца.

На зьмяншэньне сьмяротнасьці ад запальных захворваньняў мы можам разьлічваць таму, што ў соцыялістычным грамадзтве больш культурныя і нормальныя ўмовы жыцьця падвысяць агульны ўзровень здароўя і, значыць, супроціўляльнасьць організма; вынік-жа запальнага працэсу ў вялікай меры залежыць ад апошняй. Вялізарнае значэньне страты гэтай супраціўляльнасьці організма мы бачылі апошні раз у часе сусьветнай вайны, калі цяжкасьць цячэньня інфэкцыі тлумачылася, апрача раду іншых прычын,—рэзкай стомленасьцю і зьнясіленасьцю воінаў.

Вельмі вялікае значэньне для выніку запальных процэсаў мае сваячасовае скарыстаньне лекавых мерапрыемстваў. Калі траўма дзейнічае аднакраць і хутка, і мы маем перад сабою толькі яе канчатковы вынік, дык пры запаленьні справа стаіць інакш: яно рэдка бывае маланкападобным па хуткасьці, для разьвіцьця яго дзеяньня патрэбен час і мы можам яго спыніць ці паслабіць, калі толькі мы зьявіліся яшче ня вельмі позна.

З прычыны гэтага, разьвіцьцё мэдычнай дапамогі і набліжэньне яе да насельніцтва павінны абавязкова выклікаць зьмяншэньне сьмяротнасьці ад запальных захворваньняў. Прогрэс у

гэтых адносінах зьяўляецца нясумненым. Я прыпамінаю вялізарныя флегмоны канцавін, даводзіўшыя да ампутацыі або нават піэміі, якія я нярэдка бачыў 20 год таму назад у гарадзкіх амбуляторыях; цяпер я іх бачу вельмі рэдка. І калі яны яшчэ бываюць на вёсцы, дык прычына гэтага толькі ў адсутнасьці там пакуль што мэдычнай дапамогі ў належным разьмеры.

Пры цяжкіх траўмах нярэдка бываюць і цяжкія інфэкцыі; калі зьменшыцца колькасьць першых, дык гэта дасьць колькаснае зьмяншэньне сьмяротных вынікаў пры інфэкцыі.

Раней я ўжо гаварыў пра значэньне своечасовасьці ўмешваньня ў справе зьмяншэньня сьмяротнасьці ад пэрытонітаў, пляўрытаў, апэндыцытаў і цэлага раду іншых запальных захворваньняў.

Наступным фактарам, які будзе садзейнічаць змаганьню са сьмяротнасьцю пры запальных захворваньнях, зьяўляецца радыкалізм нашага ўмяшаньня—пашырэньне хірургічнага мэтоду на рад захворваньняў.

Далейшая доля змаганьня прыпадае на самую стэрыялізуючую тэрапію і біолёгічныя мэтоды змаганьня з інфэкцыяй. На гэтым фроньце атрымана ўжо ня мала перамог і далейшыя спробы, зразумела, скончацца посьпехам.

Усе гэтыя даныя, узятыя разам, дазваляюць з надзеяй на посьпех глядзець на пэрспэктывы змаганьня са сьмяротнасьцю ад хірургічных запальных захворваньняў у будучыні.

4. Пухліны.

Злаякасныя пухліны.

Пытаньне пра сьмяротнасьць ад пухлін зьяўляецца вельмі складаным. Хворы, выпушчаны з хірургічнага аддзяленьня, яшчэ не азначае хворага, якому надоўга захована жыцьцё. Вось чаму, пры разглядзе сьмяротнасьці ад ракавых захворваньняў нам даводзіцца мець на ўвазе: а) пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць; б) больнічную сьмяротнасьць; в) сапраўдную сьмяротнасьць ад раку. Зразумела, што першыя дзьве рубрыкі мала закранаюць усю глыбіню пытаньня.

Пра абсолютныя лічбы сьмяротнасьці ад раку даюць некаторае ўяўленьне такія даныя: паводле *Бургес* у 1924 г. у Англіі ад раку памерла больш 50.000 чалавек (на 2.000 больш як у 1923 г.). У Амэрыцы штогод памірае ад раку 90.000 (паводле *Грэхем*),—100.000 чалавек (паводле *Окснэр*). У Прусіі сьмярот-

насьць ад раку была ў 1923 г. роўнай 34.078, а ў 1924 г.—35.411. У Ленінградзе (да 1912 г.) памерла за 10 г.—15.225 чалавек, г. зн. 1525 чалавек паміpала штогод (*Тоічкін*). У Германіі за 1923-1926 г.г. сярэдні лік хворых на злаякасныя пухліны за год быў роўны 58.000 чалавек. У СССР, як відаць, гэта сьмяротнасьць роўна 150.000-160.000 чалавек у год.

Сярэдняй лічбай можна лічыць 10 сьмярцей ад рака на 10.000 насельніцтва.

Для больш рэальнага ўяўленьня пра значэньне гэтай сьмяротнасьці можна зрабіць параўнаньні з іншымі прычынамі сьмерці. З ніжэй паданых лічбаў мы бачым, што рак займае вельмі значнае месца ў агульным радзе прычын сьмяротнасьці.

Прычына сьмерці (на 10.000 насельніцтва):

	Гады	Органы крывязвароту.	Тубэркулёз	Старасьць	Рак
Германия .	1925	17,3 проц.	12,2 проц.	13,3 проц.	10,3
Баварыя. .	1925	14,0 „	9,0 „	10,0 „	9,0
Англія . .	1921	11,7 „	9,2 „	—	10,1

Значэньне раку, як прычыны сьмяротнасьці, у шматлікіх краінах падкрэсьліваецца тым, што процант сьмяротнасьці ад раку ў агульнай сьмяротнасьці гэтых краін пачынае прыроўнівацца да проценту сьмяротнасьці ад тубэркулёзу і нават прэваляваць над апошнім. У гэтых адносінах цікавы некаторыя даныя:

Даныя (рак і тубэркулёз у процантных адносінах да агульнай сьмяротнасьці):

	Рак	Тубэркулёз
За 1890-1899 г.г. . . .	7 проц.	14 проц.
„ 1900-1909 г.г. . . .	9 проц.	12 проц.
„ 1910-1919 г.г. . . .	11 проц.	11 проц.
„ 1920 г.	11 проц.	9 проц.
„ 1921 г.	13 проц.	9 проц.

У Англіі ў 1923 г. памерла ад раку 43.000 чалавек, а ад тубэркулёзу 41.000. Германская статыстыка дае такія лічбы проценту сьмяротнасьці (да агульнай сьмяротнасьці):

	1914 г.	1918 г.	1920 г.	1924 г.	1925 г.
Рак . . .	7 проц.	6 проц.	6 проц.	10 проц.	12 проц.
Тубэркулёз .	7 проц.	18 проц.	16 проц.	9 проц.	6 проц.

Цяпер зьвернемся да пытаньня пра тое, якая частка самых ракавых хворых гіне. Для ілюстрацыі я зьмяшчаю наступныя лічбы, якія даюць агульнае ўяўленьне пра гэту сьмяротнасьць.

	Гады		Злаякасн. пухлін	Сьмярцей	Проц. сьмяротнасьці
Расія . . .	1881		9.593	1.928	20
„ . . .	1892	у больніц.	11.817	2.102	18
„ . . .	1902	„	22.753	3.557	каля 16
„ . . .	1912	„	41.100	6.950	17
Германія .	1923	„	49.108	13.196	29
„ . .	1024	„	57.030	15.205	27
„ . .	1925	„	61.259	16.194	25
„ . .	1926	„	64.557	17.399	27

Комэнтыраваньне гэтых лічбаў наўрад ці можа даць ясныя вынікі, з прычыны таго, што мы маем перад сабой рад складаных фактараў, якія не выяўляюцца, аднак, з такой выразнасьцю, каб пра іх можна было стала гаварыць. Відаць толькі, што процант сьмяротнасьці ў гэтай групе захворваньняў большы, чым у якой-небудзь іншай, г. зн. у групе траўм, запаленьняў. Але ці паказвае нават Германская лічба—27 проц.—сапраўдную сьмяротнасьць ад раку і саркомы—ёсьць сумненьні: з нашай хірургічнай практыкі мы ведаем, што процант канчаткова выжываючых хворых—а гэта і павінны выявіць вышэйпаданыя лічбы—значна меншы. Таму гэту лічбу—27 проц.—належыць узяць пад сумненьне.

Цяпер зьвернемся да больнічнай сьмяротнасьці. Долю ўдзелу хворых з пухлінамі ў агульным ліку хворых, а таксама спэцыяльна хірургічных хворых, могуць выявіць некаторыя лічбы. Калі падлічыць процант удзелу раку ў хірургічных захвораваньнях паводле германскіх лічбаў, дык у 1926 г. на 768.541 хірургічнага хворага я налічыў 64.557 злаякасных пухлін (8 проц.) і 38.308 дабраякасных пухлін—разам 13 проц. Але калі ўзяць пад увагу, што тут шмат ракаў жаночых, дык процант хірургічных ракаў наблізіцца да лічбы—10 проц.

У *Більрота* хворыя з пухлінамі складалі 21,6 проц. У Менскай земскай больніцы на 12.486 опэрацый—4,3 проц. прыпадала на злаякасныя пухліны (*Бабук*). У мяне процант пухліны роўны 10. Думаю, што мая лічба—10 проц.—паказывае сапраўдную долю такіх хворых сярод хірургічных стацыянарных хворых.

Процант ракавых хворых, што паміраюць у больніцах, можна прыблізна вызначыць па колькасьці ўскрыцьцяў. Лічбы розных статыстык даюць прыблізна блізкія даныя. Напр., паводле германскіх лічбаў 10 проц. усіх ускрыцьцяў (82.217 сэкцый—8.557

ракаў) прыпадае на рак, прычым часам гэты проц. даходзіць да 13 (*Берлін*). Растоўская прозэктура дае 8,7 проц.

Але гэта ў адносінах да ўсіх бяз выключэньня больнічных ускрыцьцяў. Калі-ж браць суадносіны не да ўсіх хворых, а толькі да сьмяротнасьці ад хірургічных захворваньняў, дык значэньне раку яшчэ больш павялічыцца. Я магу спаслацца на наступныя лічбы: у Італіі за 2 гады (1924-1926 г. г.) паводле аднэй статыстыкі на 4.988 сьмярцей ад хірургічных захворваньняў было 1.780 ад раку, г. зн 35 проц. На 941 сьмяротны выпадак хірургічнага паходжаньня (Беларусь) было 358 сьмярцей ад злаякасных новаўтварэньняў—39 проц. Гэтых лічбаў даволі, каб паказаць, што сярод хірургічных сьмярцей—сьмерці ад раку займаюць вялікае месца і складаюць каля аднэй трэцяй часткі гэтых апошніх, перавышаючы сьмяротнасьць ад траўмы ня менш, як у поўтара разы.

Значэньне гэтай вялікай сьмяротнасьці ад раку крыху зьмяншаецца тым, што справа ідзе аб старых узростах. Паводле *Малаева* да 40 г. рак сустракаецца ў 17,9 проц., а пасьля 40 год —82,1 проц. Наступныя дзьве статыстыкі паказываюць разьмеркаваньне сьмяротнасьці ад раку па ўзростах. На 10.000 чалавек адпаведнага ўзросту (м):

	0-29 г.	30-39 г.	40-49 г.	50-59 г.	60 г. і старэй.
Смулевіч .	2,3	3,5	13,3	17,4	55,6
Тоічкін . .	0,26	1,2	6,0	23,5	59,6-80,5

Амэрыканская статыстыка 1900 г. дае такія лічбы:

З ліку	100	памершых	ва ўзросьце	20-29	г.	памерла	ад	раку	1	чал.
„ „	100	„	„	30-39		„	„	„	2	„
„ „	100	„	„	40-49		„	„	„	7	„
„ „	100	„	„	50-59		„	„	„	12	„
„ „	100	„	„	60-69		„	„	„	14	„
„ „	100	„	„	70-79		„	„	„	8	„

Узрост, які дае найбольшую сьмяротнасць ад ракавых захворваньняў у Паўночна-Амэрыканскіх Злучаных Штатах, у сярэднім—60,4 гады для мужчын і 58,4 г.—для жанчын.

Калі я вазьму свае даныя, дык яны паказваюць на больш раньнія ўзросты.

Узрост	Лік выпадкаў злаякасных пухлін.	Узрост	Лік выпадкаў злаякасных пухлін.
0-4	4	30-39	27
5-9	—	40-49	58
10-19	2	50-59	50
20-29	15	60 і больш	46

Рак з 68 выпадкаў сьмерці даў 33 ва ўзросьце 40-49 г. Цікава, што і ў *Бабука* мы маем такія-ж самыя суадносіны: калі выключыць рак твару, дык у яго на ўзрост 30-50 г. прыпадае 125 чалавек, а на ўзрост больш 50 г.—121 чалавек, пры чым рак страўнічна-кішочнага тракту ў 30-50 г.—43 выпадкі а больш 50 год—34 выпадкі.

Агульная сьмяротнасьць стацыянарнага опэраванага матэрыялу выражаецца такімі лічбамі: матэрыял *Джыбсона* 20 проц.; *Шор* 8,11 проц. і мой 12 проц.

Старыя статыстыкі больнічнай сьмяротнасьці пры пухлінах даюць такія лічбы:

	Выпадкаў.	Сьмярцей.	Проц. сьмяротнасьці.
Більрот—Цюрых .	526	68	12,9
„ —Вэна . .	1.532	254	16,5

Такім чынам мы бачым, што пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць амаль супадае з больнічнай сьмяротнасьцю (гэта і зразумела, бо хворыя накіроўваюцца ў стацыянар для опэрацыі), але яна шмат меншая за сапраўдную сьмяротнасьць ад раку.

Смяротнасьць ад раку паасобных органаў неаднолькавая. Так, калі браць сумарныя даныя, дык мы убачым, што першае месца належыць раку органаў жывата—страўніка і кішак. У Англіі на гэтыя сьмерці прыпадае ня менш 50 проц. У Амэрыцы штогадова паміра ад раку страўніка больш 30.000 чал. (пры агульнай сьмяротнасьці ад раку 90.000-100.000) і т. д. Вось некалькі лічбаў, якія паказваюць наогул разьмеркаваньне прычын сьмяротнасьці.

Табліца *Смулевіча* (матэрыялы БССР)

Рак страўніка, печані, страваходу	—52,7	проц.
Рак кішак.	— 5,5	„
Рак маціцы	— 7,3	„
Рак скуры	— 1,0	„
Рак грудной залозы	— 1,3	„
Рак іншых і не паказаных органаў	—25,2	„

Амэрыка 1914 г.—сьмяротнасьць ад ракавага поражэньня ў проц.

Поласьць роту	3,9
Страўнік і печань	39,6
Брушына і кішочнік	13,3
Жаночыя органы	15,4
Грудзі.	9,2
Скура.	3,5
Іншыя органы	15,1
	100 проц.

Ніжэй я спыняюся на некаторых паасобных пухлінах, у залежнасьці або ад вялікай сьмяротнасьці або частасьці самых захвораваньняў. Лічбы, зьмешчаныя ніжэй, паказваюць амаль выключна пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць.

Пухліны мазгоў

Прогноз пухлін галаўных і сьпінных мазгоў кепскі. Ен лепш за ўсё выяўляецца ў палажэньнях *Мульлера*, які гаворыць, што пухліна сьпінных мазгоў нарэшце прыводзіць да сьмерці, або *Гольштайна*, паводле якога прогноз пухлін мазгоў амаль заўсёды няспрыяльны, апрача рэдкіх выпадкаў, калі пухліна абвапняецца або касьцянее.

Спачатку сьмяротнасьць пры опэраваньні пухлін мазгоў была вельмі вялікая, што добра ілюструецца паданымі ніжэй лічбамі:

Брунс-Опэнгайм . .	50-75	проц.
Тутс	65	„
Краўзэ	47	„
Эйзэльбэрг	38	„

Бондараў (да 1907 г.) 415 зборных выпадкаў-36,5 проц. непасрэдн. сьмяротн..

Нават у апошнія гады гэтыя лічбы яшчэ стаяць высока:

Олівэкрона . . .	1927 г.—40	проц.
Лёзано	1926 г.—40	„
Эйзэльсбэрг. . .	1927 г.—39	„

Але ўжо побач з гэтымі лічбамі ў шмат якіх хірургаў выяўляецца (для пухлін вялікіх мазгоў) такія, як—26 проц. у *Спасакукоцкага*. Асабліва спыняюць на сабе ўвагу лічбы:

Магнус	10 проц.
Кешынг	3 проц.-5 проц.-10 проц.

Пухліны задняй чарэпнай яміны, мозачкаў і маставога кута даюць яшчэ вялікую сьмяротнасьць; але лічбы *Кешынг, Магнус, Гулеке, Новак* і іншых дазваляюць спадзявацца на паварот і ў гэтых адносінах.

Борхард	58	проц.
Ляйшнэр	75	„
Ранцы (да 1913 г.)	70-80	„
Пусэп (1910-1916 г.г.)	45	„
Магнус	18	„
Лёзано.	65	„
Басцыанэлі	56-60-80	„
Мінц (1922 г.)	75	„

Гулеке (1926 г.)	24,6	проц.
Новак	25	„
Кешынг 500 пухлін задняй чярэпнай яміны	16,3	„
„ задн. чарэпн. яміна 1922 г. .	8	„
„ мозачкі	15	„

На пухлінах сьпінных мазгоў няма патрэбы шмат спыняцца, бо паданыя ніжэй лічбы гавораць дастаткова выразнаю моваю:

Стурберг (да 1908 г.). 45 выпадкаў—	29,1	проц.	сьмяротнасьці.
Краузэ (да 1911 г.) . 68 „	20	„	„
Ранцы (да 1922 г).	8,8	„	„
Эйзэльсберг (да 1925 г.) 119 выпадкаў .	2,5	„	„

Як вывад, трэба падкрэсьліць тую акалічнасьць, што вялікая розьніца, назіраная ў проц. сьмяротнасьці ў розных хірургаў, прымушае думаць аб вялізарным значэньні такога фактару, як спэцыяльны вопыт і асаблівая трэніроўка ў пэўнай галіне.

Са злаякасных пухлін твару трэба адзначыць: злаякасн. пухліны верхн. сківіцы ў 14 аўтароў—мінімум сьмяротн.—2 проц.; максымум сьмяротн.—37,5 проц.; сярэдняя сьмяротн.—18 проц.; і рак языка з 12 проц. сьмяротнасьці паводле *Герцэна*.

Рак грудной залозы даваў раней немалую пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць. Я зьмяшчаў ужо табліцу гэтай смяротнасьці па дзесяцігодзьдзях.

Більрот у пачатку сваёй дзейнасьці меў 23 проц. сьмяротнасьці, за апошнія гады сваёй работы—6,7 проц. Для старых гадоў трэба лічыць мінімум—10 проц., максымум—24 проц., сярэдняя—20 проц.

Для новых статыстык найбольш характарны такія лічбы, як *Штыха* (на 329 опэраваных—1,2 проц. сьмяротнасьці); *Герцэн* (на 137 опэраваных—1,39 проц. сьмяротнасьці); паводле *Багалюбава* на 1.134 выпадкі зборнай статыстыкі бывае 0,4 проц. сьмяротнасьці. Аднак, пападаюцца і такія лічбы, як 5,3 проц. (*Майер* 1927 г.).

Сьмяротнасьць пры опэрацыях з прычыны раку страўніка і да гэтага часу яшчэ вялікая. Зразумела яна зьмяняецца ў залежнасьці ад характару—радыкальнасьці або паліятыўнасьці—але і тут переважным фактарам зьяўляецца стан організма. Доказ гэтага я бачу ў тым, што ў аднаго і таго-ж самага аўтара розьніца паміж проц. сьмяротнасьці пры рэзэкцыі і пры *ГЭ* ня вельмі вялікая. Так, у *Штыха* з вялікай практыкай

(187 рэзэкцый і 136 *ГЭ*) пры раку страўніка—проц. сьмяротнасьці ад рэзэкцыі 16,1 проц., а пры *ГЭ* 14,7 проц.; у *Пэйчыча* 24 проц. пры рэзэкцыі і 27,2 проц. пры *ГЭ* і т. д.

З накапленьнем вопыту, бязумоўна сьмяротнасьць зрабілася меншай. Так рэзэкцыя пры раку страўніка ў 1886 г. давала ў розных аўтароў сьмяротнасьць ад 35,7 проц. да 91,5 проц.—у сярэднім 74 проц. (да гэтага году ў літаратуры было апублікавана ўсяго 77 выпадкаў опэрацый). У 1914 г. на 13-м зьезьдзе рускія хірургі давалі процант сьмяротнасьці ў 50 проц. *(Богаяўленскі),* 67 проц. *(Дзеружынскі).* У нашы гады мы маем максімум 54 проц. ў *Гэсэ,* з яго вельмі шырокімі паказаньнямі да рэзэкцыі; мінімум—16 проц. *(Штых);* і нават 6 проц. *(Фінстэрэр),* але часьцей за ўсё сустракаецца лічба ад 20 проц. да 33 проц.: *Мэйо*—25 проц.; *Шмідэн*—39 проц.; *Пятроў*—37 проц. *Шаак*—34 проц.; *Юдзін*—33 проц.; *Пэйчыч*—24 проц.; *Пошэ* на 260 рэзэкцый меў 27 проц. і т. д.

ГЭ таксама ў старыя гады даваў вялікі процант сьмяротнасьці: у 1886 г. гэты процант быў роўны 54,6 проц., к 1914 г.—на 1.890 выпадкаў *ГЭ* пры раку страўніка—31,5 проц.; рускі матэрял к гэтаму году—318 выпадкаў *ГЭ* даў 34 проц. У наш час мы маем 25 проц., 21 проц., нават 14,7 проц., сьмяротнасьці пры *ГЭ.*

Усе гэтыя факты сьведчаць аб крайняй няўстойлівасьці ракавых хвароб, аб позьняй іх опэравальнасьці, аб запушчанасьці выпадкаў і т. д. Апошняе дэмонструецца і лічбай сьмяротнасьці ў 5,3 проц. пры пробнай ляпоратоміі *(Штых).*

Той самы момант, які мы адзначылі пры раку страўніка, выяўляецца і пры раку жоўцевых шляхоў, дзе, паводле статыстыкі *Штых,* і радыкальныя, і паліятыўныя опэрацыі даюць амаль аднолькавую сьмяротнасьць.

55 опэрацый . . :	9 сьмярцей—16,4 проц.	сьмяротнасьці.
89 пробных ляпор .	12 сьмярцей—12,4 проц.	»

Непасрэдныя вынікі лячэньня рака тоўстай кішкі наогул таксама ня зьяўляецца бліскучымі. Лічбы розных аўтароў вельмі рознастайныя: так, у некатарых статыстыках сустракаецца 9-16 проц. *(Мэйо)* і 60 проц. *(Уорэн* і інш.). Калі ўзяць некалькі асноўных статыстык з больш-менш значным лікам выпадкаў раку тоўстай кішкі, дык у 11 сучасных аўтароў на 1.255 выпадкаў сярэдні процант сьмяротнасьці аказваецца роўным 24,5 проц. (лічачы тут, як радыкальныя так і паліятыўныя опэрацыі). Значыць памірае кожны чацьвёрты хворы.

Аднэй з самых галоўных прычын паміраньня хворых зьяўляецца запушчанасьць выпадкаў, стан хронічнага ілеуса—атручваньня—у якім яны знаходзяцца.

Другая статыстыка дае на 434 выпадкі раку тоўстай кішкі яшчэ горшыя вынікі—38,7 проц. сьмяротнасьці. *Шаак* лічыць для рускіх аўтароў характарным нават 50 проц. сьмяротнасьці. Як вядома, спосабам зьмяншэньня проценту сьмяротнасьці зьяўляецца двохмомантная рэзэкцыя. Сапраўды, ёсьць лічбы, якія сьцьвярджаюць гэта. Так, адна зборная статыстыка дае: пры аднамомантнай рэзэкцыі на 207 выпадкаў—88 сьмярцей—14,5 проц., пры двохмомантнай рэзэкцыі—на 146 выпадкаў 22 сьмерці, 15 проц. *Уорэн* вылічвае на сваім матэрыяле пры аднамомантнай рэзэкцыі сьмяротнасьць у 60 проц., пры двухмомантнай—30 проц. Але іншыя статыстыкі даюць іншы малюнак: усё залежыць ад таго, якой цяжкасьці выпадкі падлягаюць двухмомантнай рэзэкцыі.

Рак кутніцы, як відаць, даваў раней у сярэднім 20 проц. сьмяротнасьці (пры пазабрушных мэтодах); *Крэнляйн* (1873-1899) на 881 выпадак меў 19,4 проц. сьмяротнасьці; *Равэ*—больш новая статыстыка—на 335 выпадкаў—20 проц.

Цяпер называюць меншыя лічбы: адны гавораць пра 3,7-14 проц., іншыя—ад 3,7 проц. да 22 проц. Аднак, статыстыкі раду спрактыкаваных хірургаў са значнымі лічбамі, таксама не асабліва бліскучыя: *Эйзэльсбэрг* дае 10-16 проц.; *Кютнэр*—22,5-17,3 проц.; *Быхаўскі*—15-20 проц.; *Спасакукоцкі*—13 проц.; *Пошэ*—10 проц. Сярэдні процант сьмяротнасьці пры раку кутніцы—15 проц.

Ракі кутніцы, якія сядзяць больш высока і патрабуюць комбінаваных опэрацый, даюць да 40 проц., ва ўсякім разе ня менш, як ракі тоўстай кішкі.

Пры пухлінах нырак зусім старыя статыстыкі давалі вялікі процант сьмяротнасьці:

да 1890 г.	паводле Гюйона	—62,6 проц.
ад 1890 да 1899	„ „	—19,3 „

Як відаць, гэты апошні процант застаецца і цяпер: Фёдараў да 1923 г. на 959 опэрацый (ад 1902 па 1921 г.) атрымаў 20 проц. сьмяротнасьці. Магчыма, што за самыя апошнія гады гэты процант зьменшыўся: так, *Пашэн* (1916 г.) дае 11,1 проц., *Штых*—15,4 проц.; *Фёдараў*—7 проц.

Рак простаты дае паводле *Досо* (1927 г.) 30 проц. сьмяротнасьці.

Рак мочавага пузыра—27-28 проц. (*Мартынаў*, *Фёдараў* Аднак, *Томсон Уокер* далі такія вынікі: на 126 рэзэкцый пузыра—8 сьмярцей, г. зн. 6,3 проц. Толькі 27 проц. перажылі 3 гады.

Саркома мае меншую ролю, як рак. Паводле даных *Шамуні*, саркоматозных пухлін у 6-10 разоў менш, як ракавых. Прыблізна такія-ж даныя і іншых аўтароў. Напр., згодна лічбам. *Тоічкіна* за 10 год у Пецярбургу памерла ад раку 6.268 мужчын і 7.706 жанчын, а ад саркомы—637 мужчын і 641 жанчына-г. зн. працант раку быў роўны 91,6 проц., а саркомы—8,4 проц. У мяне на 212 выпадкаў раку была 21 саркома. Але сустракаюцца і іншыя суадносіны. Напр., у Дзьяканава на 1.035 выпадкаў раку было 256 сарком (4:1). У *Бабука* на 478 ракаў налічвалася 124 саркомы (4:1).

Уяўленьне пра саркомы дае статыстыка *Кютнэра*: на 55 опэраваных хворых памерла ад опэрацыі 6,5 проц.; праз 3 гады засталося жывых—толькі 30 проц.

Аднак, усе зьмешчаныя вышэй даныя і лічбы не даюць нават і ў невялічкай меры адказу на пытаньне: якая сапраўдная сьмяротнасьць пры раку цяпер і як надалей змагацца з гэтым захворваньнем? Таму ўсе папярэднія лічбы я лічу неабходным папоўніць яшчэ некаторымі фактамі.

Якой зьяўляецца опэрабільнасьць ракаў, з якімі зьвяртаюцца да хірурга? Аказваецца, што з ліку тых, якія зьявіліся ў больніцы, колькасьць выпадкаў опэрабільных ракаў была роўная паводле:

Пэйчыча (Юга-Славія) . . .	41,6 проц.
Балярскага (Украіна)	55 „
Шора (Амэрыка)	83,2 „
Джыбсон (Амэрыка)	75 „

Можа гэтыя лічбы выпадковыя, але ўсё-ж кідаецца ў вочы, што больш культурныя краіны даюць і большыя лічбы опэрабільнасьці раку.

Сэнс гэтых лічбаў высьвятляецца пры далейшым дасьледваньні. У *Шора*—радыкальная опэрацыя зроблена толькі ў 32 проц. выпадкаў; у 31 проц., толькі паліятыўная; калі выключыць памершых ад опэрацыі дык з больніцы выпушчана толькі 29,4 працанта. Інакш кажучы, на 1.000 хворых з ракам, што зьявіліся лячыцца, радыкальная дапамога падана толькі 294 хворым.

Яшчэ больш цікавыя лічбы паданы *Верашчынскім* (матэрыялы *Пятрова* 1929 г.) адносна раку страўніка; на 1.119 выпадкаў

было нэопэрабільных	839
падлягала паліятыўн. опэрац.	193
падлягала радыкальн. опэрац.	87
з апошніх выжыла	50

Яшчэ лепш лёс хворых відаць з такіх лічбаў: на 134 ракі страўніка (*Шор* 1928 г.) 60 ня можна было опэраваць (з-за запушчанасьці); 32 выпадкам рабілася пробная ляпоратомія,
20—паліятыўная опэрацыя,
і толькі 22—радыкальная опэрацыя; з іх 9 памерла ў часе опэрацыі; толькі 13, г. зн. 9,7 проц. выпушчана з больніцы. Такая-ж самая лічба для раку тоўстай кішкі—26,15 проц. і для раку кутніцы—22,03 проц.

Але і радыкальная опэрацыя не азначае, як мы добра ведаем, вылячэньня. Далейшы лёс такіх хворых паказваюць лічбы *Джыбсона:* праз 2 гады засталося жыць з ліку опэраваных—19 проц.,—з 437 опэраваных хворых жыло 73, але і з іх толькі 64 ня мелі да гэтага часу рэцыдываў.

Статыстыка проценту адсутнасьці рэцыдываў больш 5 год пасьля рэзэкцыі раку страўніка наступная:

Лерыш	20,8	проц.
Петэрсон-Кольмэрс	20	„
Крайль	20	„
Пайр	20	„
Мэйо	25	„
Фінстэрэр	31	„

Для раку кутніцы—паводле *Брайцэва*—на 748 выпадкаў процант адсутнасьці рэцыдыву на працягу 3 год—22 проц.

Калі зробім падлік лічбам *Джыбсона,* дык выйдзе, што з 485 ракавых хворых, што зьявіліся ў госпіталь *Нью-Ёрка,* праз 12 г. засталося жыць 85 чалавек, г. зн. 17 проц., а 83 проц. памерла. Вось жудасныя лічбы сапраўднасьці. Калі мы аб'ядноем усе даныя, дык мы зможам сказаць, што ў сярэднім хірургія здольна захаваць жыцьцё каля 20 проц. опэраваных хворых.

Сярэдняя працягласьць цячэньня раку розных органаў—ад 38 да 10 месяцаў.

Шмат якія анколёгі лічаць, што кожны ракавы хворы ў сярэднім жыве 3 гады.

Як дадатак, зьмяшчаю некаторыя даныя пра сьмяротнасьць ад дабраякасных пухлін.

З дабраякасных пухлін сьмяротнасьць даюць міомы мацiцы, кiстомы яечнiка, адэномы. Процант сьмяротнасьцi роўны 1,3-1,9 проц. Атрыманы ён на падставе вялiкiх лiчбаў.

Расія	1881 г.	на	11.438	выпадкаў	154	сьмяротных	вынiкi—	1,3 проц.
	1892 г.	„	9.043	„	174	„	„	1,9 „
	1902 г.	„	14.724	„	220	„	„	1,4 „
	1912 г.	„	28.070	„	387	„	„	1,3 „
Германія	1923 г.	„	28.753	„	477	„	„	1,6 „
	1924 г.	„	31.010	„	500	„	„	1,6 „
	1925 г,	„	35.483	„	645	„	„	1,8 „
	1926 г.	„	38.308	„	662	„	„	1,7 „

У больнiчным стацыянарным матэрыяле сьмяротнасьць крыху большая, як паказваюць лiчбы *Джыбсона* (1927 г.).

Адэномы	6	опэрацый	—2	сьмерцi
Ангiомы	15	„	—	„
Кiстомы	105	„	2	„
Фiбромы	14	„	—	„
Лiпомы	40	„	—	„
Мiэлёмы	—	„	—	„
Нэйромы	2	„	—	„
Остэомы	6	„	—	„
Папiлёмы	26	„	—	„
Рэтэнц. кiсты . . .	27	„	—	„
Фiбромiомы . . .	125	„	6	„
Iншыя	35	„	—	„
	401		10—2,5 проц.	

Вывады.

Падыходзячы да ацэнкi змаганьня з ракавай сьмяротнасьцю ў будучым, мы сутыкаемся з пытаньнем пра захворвальнасьць на рак. У гэтай групе захворваньняў мы маем справу з момантам, якога ня было ў папярэднiх групах: калi мы можам разьлiчваць нн тое, што колькасьць траўм зьменшыцца цi застанецца стацыянарнай, калi лiк запальных захворваньняў таксама прыкметна не зьмяняецца, дык ракавыя захворваньнi, як вiдаць, павялiчваюцца ў сваёй колькасьцi.

У спрэчках пра тое, цi павялiчваецца сьмяротнасьць ад раку цi не,—мы далучымся да тых, хто лiчыць, што сьмяротнасьць павялiчваецца.

У кнізе *Ліўшыца* выразна падтрымліваецца тэзіс нарастаньня раку на аснове даных раду аўторытэтных аўтароў.

Доказам зьяўляюцца наступныя лічбы:

Процант ракавай сьмяротнасьці ў Парыжы ў стасунку да агульнай сьмяротнасьці.

1903 г.	5,84 проц.	1920 г.	7,96 проц.
1908 г.	6,21 „	1921 г.	8,35 „
1913 г.	6,99 „	1922 г.	9,22 „
1918 г.	6,11 „		

Сьмяротнасьць ад раку ў *Нью-Ёрку* (на 100.000).

1891-1895 г. г.	5,9	1906-1910 г. г.	7,6
1896-1900 г. г.	6,4	1911-1915 г. г.	8,4
1901-1905 г. г.	6,9	1916-1920 г. г.	9,1

Лічбы *Гофмана:* на 10.000 насельніцтва памерла ад раку:

	1896-1900 г.	1900-1910 г.		1896-1900 г.	1906-1910 г.
Англія	8,0	9,4	Голяндыя	9,1	10,3
Ірляндыя	5,8	7,8	Швэйцарыя	12,7	12,5
Шатляндыя	7,7	9,9	Аўстрыя	6,7	7,8
Норвэгія	8,5	9,6	Вэнгрыя	3,0	4,3
Данія	11,8	13,7	Італія	5,0	6,3
Германія	7,0	8,4	Францыя	9,7	10,2

Лічбы, датычныя СССР (паводле *Званіцкага*)—сьмяротнасьць на 10.000 насельніцтва:

1895 г.	8,8	1915 г.	9,0
1900 г.	8,6	1920 г.	8,2
1905 г.	9,7	1924 г.	9,5
1910 г.	9,2		

Павялічэньне абсолютнага ліку захворваньняў на рак адзначаецца і ў Германіі:

1923 г.	49108	1925 г.	61259
1924 г.	57030	1926 г.	64557

Праўда, можна было-б узяць цэлы рад статыстык, дзе даводзіцца, што ніякага нарастаньня сьмяротнасьці няма; але ўсё-ж такі паданыя вышэй лічбы настолькі пераканальныя, што тэзіс пра некаторае ўзрастаньне ліку ракавых захворваньняў трэба лічыць правільным.

З гэтага палажэньня трэба зрабіць вывад, што значнага зьмяншэньня сьмяротнасьці можна чакаць толькі тады, калі ў справе вылячэньня раку мы атрымаем радыкальны перадом; у іншым выпадку процант невялікага палепшаньня нашых рэзультатаў

будзе паглынацца процантам павялічэньня самай колькасьці захворваньняў.

Паколькі асноўным сродкам змаганьня з ракам і цяпер зьяўляецца опэрацыя, мы вымушаны зьвярнуцца да пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці.

Вельмі вялікую сьмяротнасьць ракавых хворых у хірургічных аддзяленьнях лёгка вытлумачыць: тут злучаецца некалькі фактараў—стары ўзрост, агульная няўстойлівасьць ракавых хворых, запушчанасьць выпадкаў і цяжкасьць самога ўмяшаньня.

Агульная няўстойлівасьць ракавых хворых добра характарызуецца лічбамі сьмяротнасьці іх і пры так званых паліятыўных опэрацыях, а тым больш—пробных опэрацыях. Процант сьмяротнасьці пры пробных ляпораторыях пры раку страўніка роўны ў *Мэйо*—3 проц.; у *Кютнэра*—4-5 проц.; у *Мюлер*—16,8 проц. *Пайр* ацэньвае яго ў—10 проц.

Няўстойлівасьць ракавых хворых характарызуецца яшчэ тым, што яны лёгка гінуць ад інтэркурэнтных захворваньняў.

Так, паводле даных *Русі* і інш., на 77 выпадкаў сьмерці ад раку ў аднэй установе апошняя здарылася ад кахэксыі ў 24 выпадкаў; ад далучанай інфэкцыі—у 6 выпадках, і ад інтэркурэнтных захворваньняў лёгкіх і сэрца—у 47 выпадках, г. зн. у $^{2}/_{3}$ выпадкаў хворыя паміралі ў выніку выкліканай ракам няўстойлівасьці організму. Ня дзіва, што лёгачныя ускладненьні пасьля опэрацыі вырываюць з жыцьця такую вялікую колькасьць опэраваных хворых.

Значэньне больш раньняй зварачальнасьці да хірурга і добрых умоў дэмонструе статыстыка *Уайта*—пры раку кутніцы: у яго было на больнічных выпадках—30 проц. сьмяротнасьці, а ў прыватнай практыцы—12.

Ня буду гаварыць пра профіляктыку ракавых захворваньняў, бо ў гэтай галіне наўрад ці мы маем конкрэтныя даныя. Агульныя паказаньні ў гэтым сэньсе, датычныя ежы, распарадку жыцьця і пазьбяганьня шкодных прывычак (курэньне, алькоголь)—настолькі агульна прызнаныя, што пропаганда ў гэтым сэньсе можа толькі супадаць з агульным кірункам культурнага разьвіцьця нашага жыцьця.

Да знаходжаньня радыкальнага спосабу ўзьдзеяньня на рак, —справа зводзіцца да раньняй дыягностыкі і раньняй опэрацыі. У парушэньні першага і другога вінаваты і ўрачы, і хворыя. Усё гэта настолькі зразумела, што я абмяжуюся толькі цытатай з *Болярскага:* „З прычыны таго, што хвароба запушчалася ня-

рэдка не па віне хворых, якія зварачаліся да ўрачоў своячасова, а дзякуючы нераспазнаваньню раньняга раку ўрачамі, неабходна зьвярнуць асаблівую ўвагу ўрачоў на недапушчальнасьць трафарэтных дыягназаў, як „катар страўніка“, „язва шыйкі мацыцы“, „мэтрорагія“, „хранічны мастыт“, „геморой“ і т. д., чым асабліва часта грашаць тарапэўты, да якіх упяршыню трапляюць хворыя і часта лечацца бяз посьпеху месяцамі і гадамі і накіроўваюцца да хірурга, як да апошняга сродку, з вялікім спазьненьнем“.

5. Расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні.

Наступная група—расстройствы жыўленьня і зьмяшчэньні—уключае ў сябе вялікую колькасьць разнастайных захворваньняў, сярод якіх ёсьць і такія, што даюць даволі значную сьмяротнасьць. У гэтую групу я залічаю:

а) расстройствы жыўленьня на глебе судзіністых зьмен
б) „ „ „ „ нэўрогенных момантаў
в) „ „ „ „ эндокрынных захворваньняў
г) „ „ „ „ парушэньняў абмену матэрый
д) „ „ „ „ парушэньняў статыкі органаў

З прычыны немагчымасьці ахапіць усе захворваньні, я спыняюся толькі на некаторых—якія або вызначаюцца сваёй масавасьцю, або даюць вялікую сьмяротнасьць.

Грыжы.

Грыжы складаюць даволі значны контынгент хірургічных захворваньняў. Не закранаючы пытаньня пра распаўсюджанасьць грыжы сярод насельніцтва, зьвярну ўвагу на тое, як часта бываюць грыжы ў хірургічных стацыянарных хворых. 50 год таму назад грыжы складалі толькі малы процант у стацыянарах:

Госьпіталь Бартолёмэя (1873 г.)	на 3450 хворых	—33	грыжы	—0,1 проц.
Базэль (больніца) (1874 г.)	„ 654 „	4	„	(зашчэмленыя) —0,65 проц.
Госьпіталь сьв. Георга (1872 г.)	„ 1074 „	9	„	—0,45 проц.
Тамбоўская земская больніца 1879-1899 г. г.)	„ 3717 „	31	„	—0,8 проц.

Цяпер сярэдні процант грыж у звычайных хірургічных стацыянарах каля 8-9-10 проц.—да 20 проц., як гэта відаць з некаторых лічбаў.

Сярэдняя лічба роўна 10 проц.: на 75.541 хірургічных стацыянарных хворых у хірургічных аддзяленьнях было 7.796 грыж, г. зн. 10,2 проц. (аддзяленьні Мартынава, Інстытут імя Скліфасоўскага, Залога, Юдзін, б-ца імя Дастаеўскага, Ардатаўская, Шэнкурская, Нова-Нікалаеўская, Бабухінская, *Штых, Пэтрэн, Рубашоў*).

Якая сьмяротнасьць пры грыжах? Калі мы возьмем вялікія лічбы дзяржаўных статыстык, дык для Расіі за 1912 г. сьмяротнасьць будзе—3,1 проц., а для Германіі за 1923-1926 г.г.—2,1 проц. Прымем апошнюю лічбу—2,1 проц.,—якая паказвае сьмяротнасьць апошніх год, і пры гэтым культурнай краіны. Такім чынам, яшчэ і цяпер на 100 чалавек з грыжамі памірае 2 чал. Гэтым лічбам адпавядаюць і даныя паасобных клінік і больніц: *Штых* дае 1,6 проц. (на 3.765 грыж) *Пэтрэн*—0,5 (на 1.100 грыж); *Юдзін*—1,4 проц. (на 282); *Залога*—3,5 проц. (на 809); *Возьнясенскі*—2 проц. (на 658); Інстытут імя Скліфасоўскага—2 проц. (на 390); *Міхалкін*—1,6 проц. (на 2.580) і т. д.; у мяне—0,8 проц. (на 628).

Ці зьменшылася сьмяротнасьць пры грыжы? Для прыкладу пакажу сьмяротнасьць больніц: нямецкай—*Бэтанія* (1876 г.)—23 проц.; ангельскай больніцы (1873 г.)—34 проц.; рускай—Басманная (1891 г.)—19 проц.

Для Расіі я магу падаць такія лічбы:

1858 г.	23	проц.	сьмяротнасьці
1881 г.	11	"	"
1892 г.	12	"	"
1902 г.	6	"	"
1912 г.	3,1	"	"

Германія за 1923-1926 г.г. на 315.638 грыж мела 2,1 проц. сьмяротнасьці.

Сьмяротнасьць ад грыж бязумоўна зьменшылася. У іншым аспэкце, але з тым самым эфэктам агульнага зьмяншэньня—ілюструюць гэта і амэрыканскія лічбы:

На 100.000 насельніцтва ў ПАЗШ памерла ад грыж

1901-1905 г.	1906-1910 г.	1911-1915 г.	1916-1919 г.	1920	21-22
13	12,9	11,7	11,2	10,6	10,6

Нажаль, і вольная грыжа пры лячэньня дае пэўны процант сьмяротнасьці. Раней, як мы ўжо бачылі, сьмяротнасьць была даволі значнай. За апошнія гады мы маем розныя лічбы. *Крымаў* гаворыць пра 1-0,9 проц.; хоць рэдка, але сустракаем і больш значныя лічбы—2,5 проц. (Шэнкурская больніца).

Вельмі цікавай зьяўляецца германская статыстыка, заснаваная на вялікіх лічбах:

1923 г.	53.345 грыж	0,6	проц.	сьмяротнасьці
1924 г.	62.079 „	0,6	„	„
1925 г.	69.945 „	0,65	„	„
1926 г.	75.689 „	0,6	„	„

З другога боку ёсьць і вялікая колькасьць вольных грыж, пры якіх сьмяротнасьць роўная 0. Зразумела, іменна гэту апошнюю лічбу—„0“ і трэба лічыць нормальнай. Я змог налічыць у раду рускіх аўтароў—10.591 опэраваную вольную грыжу без аднэй сьмерці.

Матэрыял маёй клінікі такі:

Вольныя грыжы:

Пахвінная	410 выпадкаў	0 сьмярцей	0 проц.
Сьцягновая	26 „	„	„
Пасьляопэрацыйныя грыжы	21 „	„	„
Пупковая	6 „	„	„
Грыжа белай лініі	52 „	„	„
	515	0 „	0 „

Падам яшчэ матэрыял аднэй амэрыканскай больніцы (Джыбсон) (1913-1927 г.г.)

Сьцягновая гр.	—93 выпадкі	—1 сьмерць	—0,9 проц.	сьмяротнасьці
Пахвінная	1.744 „	6	0,4 „	„
Пупковая	52 „	3	6,0 „	„
Пасьляопэрац.	128 „	4	3 „	„
	2.017 „	14	0,7 „	„

Зашчэмленыя грыжы даюць такую сьмяротнасьць: старыя статыстыкі (1872-1876 г.г.) паказваюць 50-60 проц. сьмяротнасьці; затым у канцы мінулага стагодзьдзя і ў самым пачатку цяперашняга—сьмяротнасьць зьмяншаецца—23,5-31-20-18-13 проц. [1] Нарэшце, у нашы гады яна вагаецца паміж 17-15 і 6 проц.

Вельмі добрае выражэньне сьмяротнасьці даюць германскія лічбы за 1923-1926 г. г., заснаваныя на некалькіх дзесятках тысяч (53.520) выпадках зашчэмленых грыж—9 проц. У абсолютным выражэньні гэта значыць, што ў Германіі штогод памірае ад грыжы больш тысячы чалавек—сьмерці гэтыя зусім непатрэбныя, лішнія.

[1] Зашчэмленыя грыжы давалі яшчэ ў *Більрота* 52 проц. сьмяротнасьці.

Калі ўзяць сярэднюю лічбу 11 аўтароў (вялікія ўстановы), дык атрымаем сьмяротнасьць у 10 проц.; аднак, у шмат якіх аўтароў проц. сьмяротнасьці ніжэй сярэдняга—*Шылаўцоў* вызначае яго ў 6,5 проц.; Інстытут імя Скліфасоўскага—у 6,5 проц.; Юдзін—у 8 проц.; *Штых*—у 8,8 проц.; Бердзянская больніца у 6 проц. і т. д.; у мяне ён 4,4 проц.

Мой матэрыял зашчэмленых грыж складаецца з наступных лічбаў:

Пахвінная	78	выпадкаў—	5	сьмярцей—	6,5	сьмяротнасьці
Сьцягновая	22	„	0	„	0	„
Пупковая	7	„	0	„	0	„
Белае лініі	5	„	0	„	0	„
Траўматычная	1	„	0	„	0	„
	113	„	5	„	4,4	проц.

Калі параўнаць першыя дзесяць год нашага стагодзьдзя з апошнімі гадамі, дык і тут мы бачым розьніцу.

Паводле *Мельнікава* сьмяротнасьць (у проц.) ад зашчэмленых грыж:

	Да вайны	Пасля вайны
Зашчэмл. пахвінныя . .	15,5	13,4
„ сьцягновыя грыжы .	21,6	11
„ белай лініі .	1,7	0

Вельмі характарнай зьяўляецца далей табліца Джыбсона— зьмяншэньне сьмяротнасьці ад зашчэмленых грыж за прамежак часу ад 1913-1919 г. г. да 1919 -1927 г. г.

	1913-1919 г. г.			1919-1927 г. г.		
Грыжа сьцягновая	11 вып.	1 сьм.	9 проц.	23 вып.	1 сьм.	4 проц.
„ пахвінная	41 „	6 „	14 „	58 „	4 „	7 „
„ пупковая	9 „	5 „	55 „	11 „	2 „	18 „
„ брушн. сьценкі	5 „	3 „	60 „	7 „	2 „	28 „

Калі зашчэмленая грыжа дае вялікую сьмяротнасьць, дык гангрэнозная грыжа дае яе ў значна больш сур'ёзных разьмерах. Процант ад 9 (калі мы возьмем яго за сярэдні) узрастае да 22, 32, 40-55. Праўда, раней гэты процант быў яшчэ большы— 75-76-81-50 і т. д. Ва ўсякім выпадку, гэты процант сьмяротнасьці залежыць ад часу зьяўленьня хворага і асабліва моцнаму зьніжэньню не падлягае.

Параўноўваючы, такім чынам, процант сьмяротнасьці пры опэрацыі вольнай грыжы (0,6 проц.) і грыжы зашчэмленай

(9 проц., а гангрэнознай—да 25-30 проц. і больш), мы цалкам павінны далучыцца да тых аўтароў, якія падкрэсьліваюць, што зарука зьмяншэньня сьмяротнасьці пры грыжах ляжыць у больш раньняй зьвяртальнасьці хворых да опэрацыйнага лячэньня.

А між іншым—пра што гавораць факты?

Па-першае, мы павінны констатаваць, што суадносіны паміж вольнымі і зашчэмленымі грыжамі вельмі значныя, а гэта значыць, што вялікі процант хворых зьвяртаецца за дапамогаю толькі тады, калі грыжа зашчамілася.

Згодна вялікім германскім лічбам ад 25 проц. да 18 проц. хворых на грыжу зьяўляецца ў больніцу толькі пры зашчэмленьні, г. зн. кожны пяты ці шосты хворы толькі тады зьяўляецца для лячэньня, калі грыжа зашчэміцца. І гэта ў адносінах да захворваньня, да лячэньня якога ўсе даўно прывыклі і якое такую дае нязначную сьмяротнасьць! У жанчын гэтыя суадносіны яшчэ большыя—гэта зразумела, калі ўзяць пад увагу некаторыя меркаваньні—частасьць сьцягновай грыжы ў жанчын, меншыя скаргі на грыжу ў апошніх і т. д.

Суадносіны паміж вольнымі і зашчэмленымі грыжамі:

Германія

		1923 г.	1924 г.	1925 г.	1926 г.
Для жанчын і мужчын	вольныя грыжы . .	53.375	62.079	69.975	75.689
	зашчэмлен. грыжы . .	13.516	12.728	13.638	13.538
		23 проц.	20,5 проц.	19 проц.	18 проц.
У жанчын	вольн. грыжы . . .	16.910	16.149	17.882	19.904
	зашчэмлен. грыжы .	6.209	5.259	5.353	5.419
		37 проц.	33 проц.	29 проц.	27 проц.

	Залога (22 г.)	*Юдзін.*	*Дзьяканаў.*	*Вазьнясенскі.*	*Штых.*	*Мой матэрыял.*
вольн. грыжы . .	709	262	94	625	3.151	515
зашчэмл. гр. . .	100	20	4	33	514	113
% %	14 проц.	8 проц.	4,5 проц.[1]	5,5 проц.	16 проц.	22 проц.

Працягласьць нашэньня грыжы да яе зашчэмленьня звычайна бывае значная. У *Мальгэня* на 98 зашчэмленых грыж была 61 грыжа, якая існавала больш 20 год. Працягласьць існаваньня грыжы да зашчэмленьня ў Бэржэ (на 239 выпадкаў):

у 48 выпадках—зашчэмленьне адбылося хутка пасьля пачатку грыжы.
„ 89 „ „ пасьля таго, як грыжа праіснавала да 10 год.
„ 102 „ „ „ „ „ „ больш 10 г.

Працягласьць нашэньня пахвіннай грыжы да зашчэмленьня ў маім матэрыяле была роўная:

---

[1]) Малыя лічбы, зразумела, могуць быць выпадковымі.

ад 1 да 3 мес. . . .	2 выпадкі	— 4	проц.
„ 3 „ 12 „ . . .	4 „	— 8	„
„ году „ 5 г. . . .	12 „	—24	„
„ 6 г. „ 10 г. . . .	13 „	—26	„
„ 11 „ „ 15 „ . . .	6 „	—12	„
„ 16 „ „ 20 „ . . .	5 „	—10	„
„ 21 „ „ 30 „ . . .	3 „	— 6	„
больш 30 год . . .	1 „	— 2	„
	47 выпадкаў		

Да 1 г.—усяго 12 проц.; ад 1 г. да 10 г.—50 проц.; 30 проц. грыжа насілася больш 10 год!

Доўгае існаваньне грыжы да яе зашчамленьня сьведчыцца і тым, што паміраюць ад зашчэмленай грыжы пераважна пасьля 40 г. Вось лічбы *Шэўчанкі*: 75 проц. прыпадае на ўзрост больш 41 г. Зразумела, што грыжа ў гэтыя гады бывае і больш небясьпечнай.

Ня трэба, аднак, думаць, што зашчэмленыя грыжы ў дзяцей праходзяць асабліва лёгка. *Фэрэ* (1881 г.) даў лічбы сьмяротнасьці пры зашчэмленай грыжы ў дзяцей—34,6 проц. і 47,8 проц. Шылаўцоў указвае за апошнія гады сьмяротнасьць ад 8,3 проц. да 30,3 проц. *Гайле* (1927 г.) меў 2 сьмерці на 8 зашчэмленых грыж у толькі што народжаных дзяцей.

Хворыя наогул не сьпяшаюцца опэраваць сваю грыжу.

Працягласьць існаваньня грыжы (пахвіннай вольнай) да зьвяртаньня хворага за дапамогаю паводле матэрыялу маёй клінікі:

ад 0 да 7 дзён	1	— 0,2	проц.
„ 7 дзён да 1 мес. . .	8	— 2	„
„ 1 мес. „ 3 „ . . .	23	— 6	„
„ 3 „ „ 12 „ . . .	66	—17	„
„ 1 г. „ 5 г. . .	135	—33	„
„ 5 „ „ 10 „ . . .	78	—19	„
„ 11 „ „ 15 „ . . .	33	— 9	„
„ 16 „ „ 20 „ . . .	21	— 5	„
„ 21 „ „ 30 „ . . .	26	— 6,8	„
больш 30 г.	8	— 2	„
	409		

Такім чынам зьвяртаньне да 1 г. роўна—прыблізна—25 проц. 75 проц. зьяўляюцца пасьля 1 г., пры чым 50 проц.—ад 1 году; да 10 год.

Вывад: адносна грыж пытаньне павінна быць разьвязана ў тым сэньсе, што грыжы павінны опэравацца ўсе, па магчымасьці рана, у хуткім часе пасьля ўзьнікненьня іх. Калі мець на ўвазе

зьмяншэньне процанту сьмяротнасьці пры вольных грыжах і павесьці энэргічную пропаганду ў гэтых адносінах, дык непатрэбныя сьмерці пры іх могуць быць амаль цалкам ліквідаваны.

Язва страўніка.

Якая сьмяротнасьць ад язвы страўніка? У гэтым сэньсе вельмі павучальнымі зьяўляюцца лічбы Германіі.

1923 г.—37.504	выпадкі	язвы	страўніка—2.298		сьмярцей—6,5		проц.
1924 г.—39 998	„	„	„	1.950	„	5	„
1925 г.—46.403	„	„	„	2.101	„	4,5	„
1926 г.—46.152	„	„	„	2.056	„	4,5	„

Калі мы возьмем сярэднія лічбы раду хірургаў, дык у 10 хірургаў на 2.127 выпадкаў было 103 сьмерці, г. зн. 5 проц. Значыць гэты процант адпавядае сярэдняй сьмяротнасьці ад язвы страўніка.

Сапраўднае значэньне пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці можна-б было выявіць толькі тады, калі-б нам было вядома, які процант хворых памірае пры лячэньні выключна консэрватыўным. Нажаль, апошніх лічбаў мала. Паводле даных *Вэстфален* (1910 г.), пры ўнутраным лячэньні памірае 10 проц. хворых з язваю страўніка; паводле *Лейбэ*—2 проц.; *Хэсіна*—14 проц.

ГЭ пры язьве страўніка цяпер павінен даваць нязначную сьмяротнасьць. Даныя 29 аўтароў (апошнія гады) на 4.099 выпадкаў паказваюць сярэднюю сьмяротнасьць—6 проц. *ГЭ* паводле *Назарава* дае ад 1,4 проц. да 14,9 проц. наогул—6-8 проц. сьмяротнасьці.

Аднак, і гэты процант не дае яшчэ правільнага ўяўленьня, бо мы маем цэлы рад статыстык са сьмяротнасьцю меншай за 6 проц.: *Абрумянц*—0 проц. (на 80 выпадкаў); *Ангелеска*—0 проц. (на 100 выпадкаў); *Юдзін* —1,3 проц. (на 84); *Гальперын*—3,9 проц. (на 466); *Волкаў*—1,4 проц. (на 281); *Агрынскі*—1 проц. (на 607); *Фёдараў*—4 проц.; *Кауш*—ад 1 проц. да 4 проц. (у сярэднім 2 проц.); *Усьпенскі*—2,1 проц.

Заснавальнік мэтоду рэзэкцыі пры язьве страўніка—Більрот—меў у 1885 г. 10 сьмяротных выпадкаў на 18 опэрацый, г. зн. больш 50 проц. Да 1910 г. рэзэкцыя пры язьве страўніка, паводле статыстыкі *Варнэке*, давала 42,3 проц. (а таксама ў статыстыках цэлага раду нямецкіх аўтароў—43 проц.).

На міжнародным хірургічным конгрэсе 1929 г. дакладчыкі (*Рыбас, Лярдэнуа*) гаварылі пра 2-6-8 проц. сьмяротнасьці. 2 проц. сьмяротнасьці маюць *Габэрэр, Мойнігер*. Калі ня браць пад

увагу іх даных, дык сярэдні процант сьмяротнасьці пры рэзэкцыі страўніка з прычыны язвы апошняга цяпер можна лічыць роўным 14 проц. Праўда, гэту статыстыку вельмі абцяжаюць малыя лічбы з вялікай сьмяротнасьці; вялікія статыстыкі даюць лепшы малюнак—9 проц. Рускія лічбы даюць паводле ўзорнай статыстыкі *Магазініка*—12,2 проц. пры язьве страўніка і 13,2 проц. —пры язьве дванаццаціпалай кішкі. Але і тут ёсьць лепшыя лічбы: у справаздачы *Юдзіна* мы бачым 7 проц. сьмяротнасьці на 65 рэзэкцый. Пры вывучэньні прычын гэтай сьмяротнасьці мы павінны констатаваць, што тут мы маем звычайна больш цяжкія выпадкі: калезная язва, нярэдка пранікальная язва, г. зн. такія выпадкі, якія пры тэрапэўтычным лячэньні ніякага эфэкту не даюць.

Ілеус. Прогноз пры ілеусе наогул вельмі цяжкі. Паводле *Страсбургера* вылячэньне ілеуса без опэрацыі магчыма толькі пры дынамічнай яго форме. Часам мы назіраем самавылячэньне і пры іншых відах ілеуса: напр., пры інвагінаце ў дарослых, пры адыходзе інвагінату пасьля яго зьмярцвеньня.

Аднак, выпадкі самавылячэньня пры мэханічным ілеусе бываюць вельмі рэдка, і опэрацыйнае ўмяшаньне зьяўляецца адзіным спосабам выратаваньня жыцьця хворага.

Старыя лічбы былі дастаткова безнадзейныя. Да 1873 г. памірала 73 проц. хворых (Англія). Потым у канцы мінулага і пачатку цяперашняга стагодзьдзя ўстанавілася лічба сьмяротнасьці паміж 50 проц. і 60 проц.; з вядомымі ваганьнямі яна ў асноўным застаецца і цяпер, як гэта паказваюць зьмешчаныя ніжэй лічбы. Аднак, ёсьць тэндэнцыя да палепшаньня, якая заключаецца ў тым, што павялічваецца колькасьць статыстык з лічбамі, ніжэй 30 проц. 40 проц., і зьяўляецца нават статыстыкі з 19 проц. (*Гольдэр*). Праўда, у гэтых апошніх, пры іх аналізе, мы звычайна не знаходзім цяжкіх выпадкаў.

Красінцаў	81	выпадак	50	проц.	сьмяротнасьці
Абухоўская б-ца	511	„	56	„	„
Залога	21	„	71,4	„	„
Джыбсон (1913-1919 г. г.) . .	36	„	41,6	„	„
„ (1919-1927 г. г.) . .	39	„	47	„	„
Спасакукоцкі	26	„	42	„	„
Бондароў	11	„	45	„	„
Зібэнгаар (за 7 год)	18	„	61	„	„
Перальман	—	„	58	„	„
Саўкоў	—	„	42,7	„	„
Козыраў	—	„	28,8	„	„

Юкельсон	— выпадак	60,5	проц.	сьмяротнасьці.
Усьпенскі	— „	57,7	„	„
Пэртэс	— „	36	„	„
Кэртэ	— „	43,2	„	„
Дзівер	— „	60	„	„
Крыстэнсэн (1927 г.) . . .	56 „	34	„	„

Мой матэрыял за 15 год—65 выпадкаў ілеусу:

Заварот	34 выпадкі	34 опэравана	18 сьмярцей
Заварот тонкіх кіш.		19 „	12 „
„ тоўстых „		15 „	6 „
Зашчамленьне	11 выпад.	11 „	3 „
Інвагінацыя	6 „	6 „	2 „
Дынам. ілеус	6 „	6 „	3 „
Ілеус, самаст. выл.	8 „	— „	— „

На 65 выпадкаў—26 сьмярцей—40 проц.; на 57 опэраваных выпадкаў—26 сьмярцей—45 проц.

Калі ўзяць вялікія лічбы, дзе разам з цяжкімі ёсьць і лёгкія выпадкі, дык процант будзе крыху меншы. Напр., сярэднюю сьмяротнасьць пры ўсякіх відах, вызначаных як ілеус, паказвае германская статыстыка.

1923 г. . . .	5.979 выпадкаў—	1.836 сьмярцей—	30 проц.	сьмяротнасьці
1924 г. . . .	5.972 „	1.672 „	28 „	„
1925 г. . . .	6.454 „	1.875 „	28 „	„
1926 г. . . .	6.658 „	1.851 „	28 „	„

Такую-ж лічбу дае *Гагард*: на 3.064 ілеусаў у 7 госьпіталях Лёндану за 4 гады,—процант сьмяротнасьці быў—26,5. Таму 30 проц. сьмяротнасьці пры ілеусе можна лічыць сярэдняй сучаснай лічбай.

Такім чынам, посьпехі пры лячэньні ілеуса ёсьць, але ўсё-ж яны ня вельмі значныя; як відаць, найбольшы посьпех базуецца часткова на больш раньнім умяшаньні, часткова на больш рацыянальных спосабах разьвязаньня опэрацыйных задач.

Вальляк і іншыя эндокрынныя захворваньні. Пры разглядзе эндокрынных захворваньняў я спынюся каротка на паражэньні шчытавіцы. Сьмяротнасьць пры опэрацыі вальляка была і ў мінулыя часы невялікай. Можна падаць лічбы *Рэвардэна*—на 6.103 опэрацыі—2,9 проц. сьмяротнасьці, нашых рускіх хірургаў—*Баброў* (1901 г.), *Таубэр* (1891 г.), *Разумоўскі* (1901 г.)—на 109 опэрацый—4 сьмерці—4 проц. і т. д. Прыблізна тыя-ж самыя стасункі мы маем і цяпер, і калі ў многіх хірургаў процант сьмяротнасьці малы, дык у другіх ён большы, як гэта паказваюць лічбы, узятыя без асаблівага выбару:

	1929 г.			2,3 проц.
Штых	651 выпадак—	2 сьмерці	0,3	„
Джыбсон . . .	57 „	5 „	9,5	„
Мартынаў . . .	46 „	2 „	4	„
Шоур	26 „	2 „	8	„
	780	11	1,4 проц.	

Такая самая лічба—1,4 проц. атрымліваецца і ў *Эйзэльсбэрга* на 1.953 опэрацыі вальляка [1]).

Сьмяротнасьць пры Безэдавай хваробе, як відаць, у 4-5 разоў большая, чым вальляку:

Уольтон . .	189 выпадкаў	9 сьмярцей—	4,9 проц.	сьмяротнасьці
Пэтрэн . .	130 „	10 „	7,7 „	„
Лік . . .	218 „	7 „	3,2 „	„
Джыбсон . .	34 „	7 „	2,1 „	„
Штых . .	127 „	11 „	8,7 „	„
Мартынаў .	81 „	5 „	6 „	„
Оппэль . .	75 „	5 „	6,6 „	„
Сярэдняя . .	854 „	54 „	6,3 „	„

Там, дзе аўтары даюць сумарную статыстыку, г. зн. вальляк просты і вальляк базэдавічны—лічбы вельмі рознастайныя. Паводле даных *Ерыазэк* (1927 г.)—процант сьмяротнасьці вагаецца ад 0,5 проц. да 15,8 проц.—мабыць, залежна ад пераважаньня таго ці іншага віду вальляка, з аднаго боку, і спрактыкаванасьці хірурга—з другога. Так, мы маем лічбы: *Ногушь* (1929 г.)—3,3 проц. сьмяротнасьці на 882 выпадкі; *Дунгіль* (1929 г.)—2,7 проц. сьмяротнасьці на 300 выпадкаў. З другого боку, малыя лічбы даюць такі процант: *Вазьнясенскі*—41 выпадак—7 проц.; *Юдзін*—16 выпадкаў—6 проц.; мой матэрыял—46 выпадкаў—6,5 проц.

Выдаленьне наднырніц—паводле зборнай статыстыкі *Гэрцбэрга*—дае 19 сьмярцей на 110 выпадкаў, г. зн.—17 проц.; у *Оппэля* на 100 опэрацый было 8 сьмярцей, г. зн. 8 проц. сьмяротнасьці. Я рабіў гэту опэрацыю 5 разоў—выпадкаў сьмерці ня было.

Хваробы селязёнкі.

Хірургія селязёнкі не зьяўляецца асабліва важнай у колькасных адносінах, але яна можа нам даць некаторыя цікавыя лічбы.

У аўтароў з малымі лічбамі процант сьмяротнасьці пры спленэктоміі даволі значны.

[1]) У літаратуры мы маем і меншыя лічбы:
Крэйль на 1606 опэрацый меў 0,6 проц. сьмяротнасьці, *Сырынг Ульм*—на 1000 опэрацый—0 сьмяротнасьці.

Юдзін	14	выпадкаў	5	сьмярцей	35	проц.
Вазьнясенскі . . .	8	„	3	„	37	„
Мартынаў	7	„	3	„	42	„
Ранцы	14	„	2	„	14	„
Бэер	90	„	28	„	30	„
Окіншэвіч . . .	30	„	3	„	10	„
Джыбсон 1908 г.	61	„	12	„	18	„
Фінкельштэйн .	64	„	26	„	39	„
Мэйо	337	„	34	„	10	„
Мой матэрыял .	7	„	2	„	28	„

У *Мэйо* мы знаходзім яшчэ такія лічбы:

Гемолёг. жаўтуха .	225	выпадкаў	10	сьмярцей	4	проц.
Злаякасн. анэмія .	154	„	22	„	14	„
Тромбопэнія . .	120	„	9	„	8	„
Сэпт. спленомэгалія	27	„	7	„	25	„
Хвароба Банці .	39	„	4	„	10	„

Усе гэтыя лічбы, датычныя вальляка і хвароб селязёнкі, вельмі цікавы ў тым сэньсе, што яны дэмонстрацыйна сьцвярджаюць такі момант: чым большая спрактыкаванасьць хірурга і чым больш засяроджваецца ў яго матэрыялу, тым меншай бывае сьмяротнасьць.

З захворваньняў мачапалавых органаў я спынюся на каменнай хваробе і на гіпэртрофіі простаты.

Уяўленьне пра сьмяротнасьць пры опэрацыях камянёў нырак можна мець ад параўнаньня наступных лічбаў, узятых без асаблівага выбару.

Фёдароў . .	345	выпадкаў	26	сьмярцей	7,5	проц.	сьмяр.
Багаслоўскі .	222	„	11	„	5,4	„	„
Спасакукоцкі . .					5,7	„	„
Штых . . .	23	„	0	„	0	„	„
Джыбсон . . .	19	„	1	„	5	„	„
Залога . . .	16	„	3	„	18	„	„
Больніца імя Дастаеўскага . . .	12	„	1	„	8	„	„
Чайка					1,28	„	„

Гэты процант 25-30 год таму назад быў большы, у *Узраэля* ён быў роўны 12,5 проц.

Рашаючым момантам і тут зьяўляецца больш раньняя звaрачальнасьць хворых за хірургічнаю дапамогаю і лепшы стан; у тых самых хірургаў пры двух-бакавых камянях нырак процант сьмяротнасьці значна большы.

Кюстэр . .	35	проц.
Фёдараў . .	33,3	„
Ледэ . . .	34,5	„
Чайка . . .	33,3	„
Буль . . .	25	„

Або я магу падаць для параўнаньня дзьве статыстыкі, дзе ясна відаць значэньне ня столькі самога хірурга, колькі стану хворых.

	Фёдараў		Спасакукоцкі	
Піэлётомій . .	100—1 проц. сьмярот.	Піэлётомій . .	60— 0 проц. сьмяр.
Нефротомій .	69—22 „ „	Нэфротомій .	— 6 „ „
Нэфрэктомій .	115—12 „ „	Нэфрэктомій .	— 9,5 „ „
Урэтротомій .	42—0 „ „	Урэтротомій .	—14,5 „ „

Камяні мачаточніка—паводле матэрыялаў *Вазьнясенскага* за апошнія 5 год—далі на 121 выпадак опэрацый (зборная статыстыка)—5 проц. сьмяротнасьці.

Лячэньня каменнай хваробы мачавога пузыра робіць таксама пэўныя посьпехі; вось для ілюстрацыі некаторыя лічбы:

Расія				
1858 г.	78 хворых	8 сьмярцей	10	проц. сьмяротнасьці.
1892 г.	1.765 „	145 „	8	„ „
1902 г.	4.065 „	296 „	7	„ „
1912 г.	7.389 „	349 „	4,7	„ „

Для ілюстрацыі пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці я сабраў за гады 1872-1891—953 больнічныя выпадкі са 105 выпадкамі сьмерці, што складае 11 проц. *Якаўлеў* дае з гэтага-ж (і больш даўняга) пэрыяду больш высокія лічбы.

на 11.165 прамежжавых камнесячэньнеў	13	проц.
на 902 сярэдзінных „	11	„
на 130 высокіх сячэньняў пузыра	20	„

Але ўжо пачатак нашага стагодзьдзя дае пры літотоміі ў дзяцей лічбы ў 7-8 проц. *(Александраў, Лезін* 1901 г.). *Фрэйер* у 1928 г. публікуе 1 проц. сьмяротнасьці на 200 опэрацый у дзяцей.

За выключэньнем запушчаных выпадкаў, літотомія цяпер не павінна даваць колькі-небудзь значнай сьмяротнасьці.

Разгледзець матэрыял пра сьмяротнасьць пры **простатэктоміях** цікава таксама і з пункту гледжаньня некаторых вывадаў, якія гэты матэрыял дазваляе зрабіць. Хворыя, з якімі даводзіцца мець справу—гэта старыя людзі, организм якіх зьня-

сіляецца, апрача таго, у залежнасьці ад уросэпсісу. З прычыны гэтага ня дзіва, што пры простатэктоміі бывае значная сьмяротнасьць.

У 1912 г. я, на падставе вялікіх лічбаў, атрымаў для простатэктоміі надлабк. 13 проц. сьмяротнасьці, простатэктоміі прамеж. 6,8 проц. сьмяротнасьці.

Цукеркандль у 1911 г. на конгрэсе ў Лёндане даў такія лічбы
для простатэкт. надлобк. . . 18,79 проц. і для
простатэктоміі прамеж. . . 9,5 проц.

Якія-ж лічбы мы маем цяпер? На падставе падліку 6.370 выпадкаў простатэктоміі надлобк. сярэдні процант сьмяротнасьці ў 10 аўтароў (я бяру сярэдні процант за апошнія гады,)—зьяўляецца роўным 8,9 проц.

Я хацеў-бы зьвярнуць увагу на два моманты: значэньне падбору матэрыялу, спрактыкаванасьці хірурга і паказаньняў да таго ці іншага ўмяшаньня.

Найменшыя лічбы, якія ёсьць у зьмешчанай вышэй табліцы —*Дэвіс* 2 проц., *Томбсон-Уокер* 4,4 проц., адносяцца да прыватных хворых з тым, каб добра паказваць значэньне раньняга звароту хворых і параўнаўча добрага стану організма.

Для дэмонстрацыі спрактыкаванасьці хірурга я падам наступныя лічбы: у 1912 г. пры сярэдняй лічбе сьмяротнасьці для простатэктоміі надлабк. у 13 проц.-18 проц., *Фрэйер* на 1000 выпадкаў меў 5,5 проц.; *Мойнінген*—на 100 выпадкаў—8 проц.

Пры сярэдняй лічбе для простатэктоміі прамеж. у 6,8 проц. -9,5 проц., *Юнг* на 450 выпадкаў меў 3,7 проц. сьмяротнасьці.

Ня менш паказальнай зьяўляецца такая таблічка:

Фрэйер меў на першыя	45	выпадкаў	11	проц.	сьмяротнасьці
„ на наступ.	110	„	10	„	„
„ „ „	170	„	9,4	„	„
„ „ „	203	„	8	„	„
„ „ „	322	„	7,5	„	„
„ „ „	200	„	4,2	„	„
Юнг меў на першыя	70	„	3	„	„
на наступ.	185	„	3,7	„	„
„ „ „	229	„	3	„	„
„ „ „	103	„	0	„	„

Далей ідзе пытаньне пра паказаньні да ўмяшаньня. Двохмомантную опэрацыю многія аўтары разглядаюць цяпер, як спосаб зьмяншэньня пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. Для прык-

ладу возьмем лічбу *Кютнэра* — у якога пры аднамомантнай опэрацыі было 8 проц. сьмяротнасьці, пры двохмомантнай— 6 проц. Але пры іншых паказаньнях, калі двохмомантная опэрацыі пакідаецца толькі для самых цяжкіх выпадкаў, яна можа даць і процілеглыя лічбы. Так. *Штых*, маючы пры простатэктоміі 10,8 проц. сьмяротн.—атрымлівае ад першага моманту толькі высокага сячэньня пузыра—30,8; *Тэйш* пры 4,5 проц. сьмяротнасьці, ад двохмомантнай опэрацыі атрымалівае 28 проц. і г. д.

Захворваньні канцавін становяць сабой вельмі рознастайную групу, каб можна было злучыць іх разам. Таму для агульнай характарыстыкі я падам некаторыя германскія лічбы. З табліцы ясна відаць розьніцы паміж небясьпекаю захворваньняў пасобных тканак канцавін.

	Гады	Лік выпадкаў	Сьмярцей	Проц. сьмяротн.
Хваробы касьцей (бяз сухот) .	1923	22.919	692	2,5
„	1924	26.912	685	2,1
„	1925	28.488	697	2,4
„	1926	30.993	665	2,1
Хваробы суставаў (бяз сухот, рэўматызму, падагры) . . .	1923	28.994	324	1,1
„	1924	36.796	287	0,8
„	1925	45.725	330	0,7
„	1926	49.334	312	0,6
Захворваньні цягліц, сухажылаў сьлізьнічных кішэнь . . .	1923	13.879	58	0,4
„	1924	17.190	59	0,3
„	1925	20.235	62	0,3
„	1926	20.891	61	0,3

Мой матэрыял расстройстваў жыўленьня канцавін такі:

Верхняя і ніжняя канцавіна

Расстройствы жыўленьня.

Судзінныя

	Лік выпадкаў	Опэрацый	Сьмярцей
Спант гангрэна . . .	15	21	2
Іншыя гангрэны . . .	6	4	1
Анэўрызмы	3	3	—
Эмболія артэрый . . .	3	2	—
Расшырэньне вэн . .	27	24	—
Флёбіты	9	—	—
Язвы варыкозныя . .	6	5	—
Элефантыазіс	4	4	—

Нэўрогенныя

	Лік выпадкаў	Опэрацый
Сырынгоміэлія . . .	2	1
Язвы ступы	14	7
Язвы кульцяй	2	2
Каўзальгія	2	2
Эндокрынныя		
Склеродэрмія	1	1
Дачасовая пал. сьпеласьць	1	—
Статыка-дынамічныя захворваньні		(ортопэдычныя)
Косьці і суставы	38	27
	133 вып.	103 оп. 3 сьмерці 2,5 проц.

Заключэньне

Найбольш вызначаючым сьмяротнасьць фактарам зьяўляецца само захворваньне—у сэньсе яго сутнасьці—па-першае, і лёкалізацыі—па-другое. Пасьля падрабязнага разгляду сьмяротнасьці пры цэлым радзе захворваньняў, наўрад ці ёсьць патрэба зноў суміраваць гэтыя даныя, тым больш, што на лічбы, паданыя вышэй, я гляжу хутчэй як на прыкладныя паказальнікі, чым як на матэматычныя вялічыні. Вывады-ж з паданага матэрыялу настолькі зразумелыя, што не патрабуюць асаблівага падкрэсьліваньня.

З пяці галоўных груп захворваньняў на першым месцы, па сваёй небясьпечнасьці, стаяць пухліны, а з іх галоўным чыным, пухліны ўнутраных органаў—мазгоў, страўнічна-кішачнага тракту і яго залоз і т. д. Сапраўднае змаганьне са сьмяротнасьцю ад злаякасных пухлін магчыма толькі пасьля разьвязаньня проблемы раку і значыць, ляжыць у галіне навукі; зараз-жа нашы паліятыўныя мерапрыемствы зводзяцца да захадаў социяльных агульнай профіляктыкі, больш раньняга дыягназу і больш радыкальнага опэраваньня.

Група аномалій зьяўляецца сваяасаблівай. Яна дае вялікую сьмяротнасьць ад дзьвёх прычын: несумяшчальнасьць аномаліі з жыцьцём і агульны кепскі стан выродлівага організма. З прычыны гэтага такія дзеці гінуць вельмі рана. Тыя, што выжываюць, аднак, кепска пераносяць нашы хірургічныя мерапрыемствы. Малая колькасьць гэтых прыраджоных аномалій параўнаўча з іншымі захворваньнямі дае права ня спыняць на іх асаблівай ўвагі.

Па небясьпечнасьці на другім месцы пасьля пухлін стаіць група траўм. Змаганьне тут павінна весьціся, галоўным чынам, ў галіне соцыяльнай: папярэджаньне траўм, асабліва цяжкіх, лепш за ўсё разьвяжа пытаньне. Далей, трэба палепшыць арганізацыю падачы першай і канчатковай хірургічнай дапамогі, наблізіць яе да насельніцтва, асабліва да арганізаваных груп і паскорыць у часе.

Дзьве групы—запальных захворваньняў і расстройства жыўленьня—стаяць прыблізна на адным узроўні ў сэньсе сьмяротнасьці. Запаленьні сэрозных абалонак поласьцей, абсцэсы ўнутраных органаў—у аднэй групе і ілеус у другой групе—галоўныя ворагі, супроць якіх павінна быць накіравана ўся вастрыня клінічнага вывучэньня.

Пры сучасным стане лячэньня сакрэт зьмяншэньня сьмяротнасьці заключаецца ў тых жа момантах—набліжэньні хірургічнай дапамогі да насельніцтва і пропагандзе раньняга опэраваньня.

Так разьмяркоўваюцце ў сэньсе небясьпечнасьці гэтыя пяць асноўных груп. Але сьмяротнасьць залежыць яшчэ ад лёкалізацый. Мабыць ня мае сэнсу спроба выразіць у лічбах коэфіцыент сьмяротнасьці ў залежнасьці ад лёкалізацыі процэсу; у асноўных-жа рысах гэта зразумела кожнаму.

Мельнікаў прабаваў падзяліць усе хірургічныя захворваньні на пяць груп:

I група—дае 65 проц. сьмяротнасьці—хваробы мазгоў, сэрца, лёгкіх;

II група —дае да 30 проц. сьмяротнасьці—гарляк, трахея, хрыбетнік, параненьні жывата, кішкі:

III група—дае да 20 проц. сьмяротнасьці—зашчэмленыя грыжы, печань, страўнік;

IV група—дае да 10 проц. сьмяротнасьці—вострыя апэндыцыты, остэоміэліты і т. д.

V група—дае да 1 проц. сьмяротнасьці—усе іншыя процэсы

Яснай зьяўляецца надзвычайная схэматычнасьць такога падзелу, і я лічу лішнім станавіцца на гэты шлях. Можна сказаць толькі адно: пры аднолькавых умовах паражэньні ўнутраных органаў і сэрозных абалонак больш небясьпечны, чым паражэньні іншых органаў і частак цела; з унутраных органаў—асабліва небясьпечны—захворваньні і пашкоджаньні галаўных мазгоў, сэрца, унутрыбрушынных органаў.

Б. УПЛЫЎ НА СЬМЯРОТНАСЬЦЬ „ЗАПУШЧАНАСЬЦІ“ ЗАХВОРВАНЬНЯ.

Наступным па сваім значэньні фактарам з умоў, што робяць уплыў на хірургічную сьмяротнасьць, зьяўляецца стан захворваньня, або, як я яго называю, „фактар запушчанасьці“. Ён мае ўнівэрсальнае значэньне—і для ўсіх этыолёгічных груп захворваньняў, і для ўсіх лёкалізацый захворваньня. Кожны хірург мае так шмат даных у гэтых адносінах, што не даводзіцца траціць шмат слоў на асьвятленьне гэтага моманту.

Значэньне фактару запушчанасьці (інакш кажучы часу) для вострых выпадкаў настолькі ясна і ілюстравана ўжо вышэй на многіх выпадках, што я абмяжуюся тут толькі некалькімі лічбамі. Для апэндыцыту *Бовэр і Клярк* (Філядэльфія) выяўляюць гэта значэньне вельмі дэмонстрацыйна: у 1922 г.—сярэдні лік гадзін дастаўкі хворага пасьля пачатку яго захворваньня—85,2—сьмяротнасьць —9,6 проц.; у 1923 г.—сярэдні лік гадзін—49,5—сьмяротнасьці—1,53 проц.

Гольдэн дае такія лічбы для ілюстрацыі значэньня раньняй дыягностыкі і раньняй опэрацыі пры і л е у с е. У выпадках, ім асабіста дыягнозаваных і опэраваных, ён меў на 51 выпадак 6 проц. сьмяротнасьці, а ў 84 выпадках, атрыманых ад іншых урачоў, дзе прайшло шмат часу ў хістаньнях—27 проц. сьмяротнасьці.

Пэрытоніты паводле *Гарэ* даюць пры опэрацыі.

Праз 12 гадзін—28 проц. сьмяротнасьці
24 „ —63 „ „
36 „ —87 „ „

Зьмяшчаю навялічкую табліцу проц. сьмяротнасьці пры пэрфоратыўнай язьве страўніка.

Гадзіны опэрацый	Красінцаў	Мануілаў	Пальк	Гертле
1—6	5,5 проц.	7,68 проц.	10,5 проц.	48 проц.
6—9	20 „	53,3 „	50 „	54 „
9—12	40 „	—	—	—
12—24	46 „	—	—	79 „
24—48	71 „	100 „	80 „	93 „
больш 48	100 „			

Значэньне раньняй опэрацыі і зьвяртальнасьці хворых пры пэрфоратыўнай язьве яшчэ лепш дэмонструецца данымі *Петрашэўскай:* да 1914 г. сьмяротнасьць была—62,9 проц.; у 1914-1928 г. г. —37,2 проц. Пры гэтым процант раньніх опэрацый да 1914 г.—

19,6, ад 1914 г.—40 проц. Раньняя зьвяртальнасьць павялічылася ў два разы; сьмяротнасьць зьменшылася амаль у два разы.

Гэтыя, так званыя, вострыя хваробы намі дастаткова разгледжаны раней і таму спыняцца больш на іх няма патрэбы. Але трэба яшчэ раз падкрэсьліць, што побач з траўматычнымі і безадкладнымі выпадкамі, мы сустракаем яшчэ больш хранічных выпадкаў, у чым вінаваты часткова самі хворыя, а часткова ўрачы.

У разьдзеле пра пухліны я ўжо паказаў лічбы нэопэрабільных ракаў. *Фукс-Панэк* у 1928 апублікаваў работу, дзе даводзіў, што на 1.717 выпадкаў нэопэрабільных ракаў віна хворага або ўрача мела месца ў 1.282 выпадках.

Запушчаныя пляўрыты, апэндыцыты, холецыстыты, холянгіты і т. д. сустракаюцца заўсёды ў практыцы хірурга. Значнасьць зьнясіленасьці і няўстойлівасьці ў такіх запушчаных хворых відаць з таго, што часам і так званыя „пробныя“ опэрацыі канчаюцца сьмерцю. Напр., у *Вазьнясенскага* на 243 выпадкі сьмерці 15 сьмярцей было ад „пробных“ опэрацый, г. зн. 6 проц.

Уплыў такога моманту, як агульная ўстойлівасьць відаць напр., з наступных даных. Абухоўская больніца дала сьмяротнасьць:

у 1913 г.	3,8 проц.
„ 1917 „	7,9 „
„ 1918 „	11,1 „
„ 1919 „	13 „

Гэта павялічэньне сьмяротнасьці прыходзіцца тлумачыць амаль выключна няўстойлівасьцю ў галодныя гады.

Побач з такім фактарам, як характар самога захворваньня, гэты момант—запушчанасьць захвораваньня—адыгрывае другую па важнасьці ролю. Ва ўзьнікненьні самога захворваньня часам вінаваты такія моманты, якія ляжаць па-за нашым узьдзеяньнем; у адносінах да запушчанасьці захвораваньня мы знаходзімся ў іншых умовах. Першым і самым важным фактарам змаганьня з такою запушчанасьцю трэба лічыць добрую організацыю блізкай да насельніцтва мэдычнай дапамогі; у паасобку дыспансэрны мэтод зьяўляецца дастатковай гарантыяй таго, што захворваньне будзе выяўлена ў самым пачатку яго разьвіцьця. Для правільнага хірургічнага значэньня вельмі важна вызначыць тую мяжу, дзе павінна быць спынена консэрватыўнае лячэньне і дзе трэба распачаць опэрацыйны мэтод. Хірургія вымушана з жалем адзна-

чыць, што опэрацыйны мэтод лячэньня шмат якіх захвараваньняў разглядаецца яшчэ і да гэтага часу, як выключэньне, і іменна гэты погляд параджае шмат непаразуменьняў у той галіне, пра якую ідзе гутарка. Такім чынам і атрымліваюцца сотні хворых, якія зьяўляюцца да хірурга або тады, калі ўжо немагчыма штонебудзь зрабіць, або тады, калі опэрацыйнае ўмяшаньне для хворага зьяўляецца небясьпечным. Атрымліваецца зачараваны круг: кепскія вынікі запозьненых опэрацый адпужваюць хворых і ўрачоў і „слава“ опэрацыі, як „крайняга сродку“, замацоўаецца ўсё больш. У гэтым пункце, зразумела, неабходзен рашучы пералом, якога можна дасягнуць выключна сумеснай работай тэрапэўта і хірурга і вялікай растлумачальнай работай у адносінах да хворых. Посьпехі хірургіі ў сучаснай стадыі яе разьвіцьця—хірургіі масавай—на бліжэйшы пэрыод будуць залежыць не ад прогрэсу самой хірургіі, а, галоўным чынам, ад стварэньня спрыяльных да яе адносін сярод мас насельніцтва.

З мерапрыемстваў, якія маглі-б радыкальна зьмяніць справу, мабыць, трэба назваць іншае разьмеркаваньне спэцыяльнасьцяй, чым гэта мае месца ў сучасны момант. І сапраўды, цяпер ужо ёсьць цэлы рад спэцыяльнасьцяй, прадстаўнікі якіх уладаюць і консэрватыўным і опэрацыйным мэтодамі лячэньня. У гэтых спэцыяльнасьцях можа ўзьнікаць пытаньне пра больш консэрватыўны ці больш радыкальны кірунак у справе лячэньня, але ніколі ня можа ўзьнікнуць конфліктаў, якія часта бываюць пры „перадачы“ хворага тэрапэўтам хірургу. Магчыма, што надышоў час, каб падзяліць мэдыцыну па органах і сыстэмах з тым, каб урач уладаў адначасова і хірургічным мэтодам. Тады зьнікне гэты шкодны падзел на „тэрапэўта“ і „хірурга“ з усімі яго пасьледзтвамі, як навукова-мэтодолёгічнымі, так і бытавымі, якія прыводзілі часта да таго, што мы, хірургі, называем „запушчаным выпадкам“.

В. УПЛЫЎ ОПЭРАЦЫЙНАГА ЎМЯШАНЬНЯ НА ХІРУРГІЧНУЮ СЬМЯРОТНАСЬЦЬ.

Кожнаму хірургу зразумела важнасьць асобнага выдзяленьня пытаньня пра пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць, і гэта акалічнасьць, мабыць, не патрабуе тлумачэньня. Мэтаю аналізу пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці зьяўляецца адказ на два пытаньні:
1) Ці не зьяўляецца часам сама опэрацыя прычынай сьмерці?
2) Якія адмоўныя бакі опэрацыі і як змагацца з імі?

Цяжкасьць адрозненьня сьмерці *ад* опэрацыі і сьмерці *пасьля* опэрацыі прыводзіць да таго, што ў пасьляопэрацыйную сьмяротнасьць залічаюцца ўсе выпадкі, і толькі наш далейшы аналіз можа выявіць прычынную сувязь паміж опэрацыяй і сьмерцю.

Аналіз прычын пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці.

Аналіз прычын пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці я раблю на падставе вывучэньня 1.607 выпадкаў, атрыманых мною пры літаратурным выяўленьні пытаньня і 257 выпадкаў уласнага клінічнага матэрыялу. У асноўных рысах гэты матэрыял разьмяркоўваецца такім чынам.

А. Паводле літаратурных даных—1.607 выпадкаў:

1. Сьмерці, маючыя сувязь з агульным кепскім станам хворага, або кепскім станам важных органаў . . . . 493—30 проц.
2. Сьмерці ў выніку інфэкцыі . . . . 418—26 „
3. Лёгачныя ускладненьні . . . . 272—17 „
4. Крывяцячэньні . . . . 62— 3,8 „
5. Эмболіі і тромбозы . . . . 56— 3,5 „
6. Ускладненьні з боку брушных органаў (ілеус і інш.) . . . . 184—11,7 „
7. Іншыя прычыны . . . . 122— 8 „

Б. На сваім матэрыяле я меў з 257 сьмярцей

1. Сьмерці, залежныя ад інфэкцыі . . . . . 92—35 „
2. Сьмерці ў залежнасьці ад агульнага дрэннага стану хворага або дрэннага стану органаў . . 78—30 „
3. Лёгачныя ускладненьні . . . . 24— 9 „
4. Крывяцячэньні . . . . 4— 2 „
5. Эмболіі і тромбозы . . . . 4— 2 „
6. Брушныя ускладненьні . . . . 19— 7 „
7. Іншыя прычыны . . . . 36—15 „

Некаторую розьніцу ў лічбах я тлумачу пэўнай розьніцай матэрыялу (многа экстрэнных выпадкаў у маім матэрыяле), але ў асноўным гэтыя лічбы вельмі паказальныя: 74 проц., г. зн. 3/4 усіх выпадкаў пасьляопэрацыйнай сьмерці ад дрэннага стану хворага, інфэкцыі і лёгачных ускладненьняў—гэта лічба аднолькавая ў абедзьвух статыстыках.

Далейшай маей задачай зьяўляецца больш паглыблены аналіз гэтых паасобных прычын сьмерці.

Дакладна разьмежаваць такія прычыны пасьляопэрацыйнай сьмерці, як шок, сардэчная недастатковасьць, уплыў наркозу, недастатковасьць печані, нырак, агульнае зьнясіленьне—цяжка,

таму што часьцей за ўсё ў наяўнасьці ўсе або шмат якія з гэтых прычын. Калі пагібае малады, здаровы організм—у якасьці прычыны сьмерці мы можам выдзеліць наркоз або шок; але гэта бывае рэдка. Звычайна паміраюць больш старыя хворыя з цяжкімі запушчанымі захворваньнямі, і таму вызначыць прычыну сьмерці тут вельмі цяжка. Дзякуючы гэтаму я вымушаны злучыць усе гэтыя даныя разам.

Гэтым тлумачыцца тая акалічнасьць, што назвы асноўнай прычыны, якая выклікала сьмерць, у гэтых выпадках вельмі рознастайныя. На паказаныя 493 сьмерці ад гэтых прычын адзначана:

Сардэчная слабасьць	93	разы
Шок і сардэчная слабасьць	243	„
Шок	99	„
Наркоз, шок і сэрдэчная слабасьць	20	„
Наркоз адзін	6	„
Сардэчная слабасьць і недастатковасьць печані	10	„
Недастатковасьць печані	18	„
Недастатковасьць нырак	12	„
Ацыдоз	1	„
Сьмерць на стале	3	„

Сярод гэтых выпадкаў пераважную большасьць складалі хворыя, старыя на ўзрост, зьнясіленыя такімі захворваньнямі, як злаякасныя пухліны, галоўным чынам—страўнічна-кішочнага тракту, пухліны мазгоў і наогул хваробы, якія абумоўліваюць сабою інтоксыкацыю з боку сэрца, печані і нырак. На падставе сваёй практыкі я магу сьцьвярджаць, што гэта пераважна хворыя з запушчанымі хваробамі, якія зьяўляюцца для опэрацыі ўжо ў няспрыяльнай для сябе стадыі, таму ня дзіва, што сярод іх шмат хто робіцца афярай сьмерці. Нідзе не выяўляецца так згубна „адмоўная фаза“ опэрацыі, як іменна на такіх хворых. Само ўмяшаньне на органах брушной поласьці ці іншых з разгалінаванай сымпатычнай сыстэмай робіць вялізарны ўплыў, закранае рэзка вазаматорны цэнтр; опэрацыі пры найлепшай тэхніцы патрабуюць шмат часу; патрэбен агульны наркоз або іншы від анэстэзіі, які дае падзеньне крывянога ціску—усё гэта і цягне за сабою сьмерць. Такіх сьмярцей мы больш за ўсё назіраем іменна пры брушных опэрацыях. *Магазынік* (1928 г.), дасьледваючы прычыны сьмерці пасьля рэзэкцыі страўніка, атрымаў амаль такі самы процант—слабасьць сэрца—11,9 проц., шок—4 проц., зьнясіленасьць—6,3 проц.—г. зн. усяго 22,2 проц. У сабранай мною ста-

тыстыцы гэта прычына адзначана 251 раз на 1095 выпадкаў сьмерці пры опэрацыях на страўніку; 86 разоў на 108 выпадкаў сьмерці ад опэрацый на мазгох; 24 разы на 46 вып. сьмерці ад простатэктоміі; 11 разоў на 16 опэрацый на нырках; 6 разоў на 15 вып. сьмерці пры опэрацыях з прычыны Базэдавай хваробы; 32 разы на 89 вып. сьмерці пры опэрацыях на жоўцевых шляхох. Усё гэта сьведчыць аб тым, што іменна ў гэтых галінах „запушчанасьць" дасягае асабліва вялікіх разьмераў. Праўда, за апошнія часы мы атрымалі рад сродкаў, якія паслабляюць дзеяньне кожнага з гэтых няспрыяльных фактараў: падрыхтоўка сэрца, змаганьне з печанёвай недастатковасьцю спосабам інсулінізацыі, значнае расшырэньне поля мясцовай анастэзыі, абарочваньні вялікіх аднамомантных опэрацый у шматмомантныя—нашы галоўныя прыёмы. Але яны ўсё-ж такі зьяўляюцца паліятывамі, і сакрэт далейшага зьмяншэньня гэтай рубрыкі сьмярцей заключаецца толькі ў адным—раньняй опэрацыі. Нажаль, на шляху да гэтага стаіць цэлы рад момантаў. Па-першае, пры шмат якіх захворваньнях цяжкай зьяўляецца раньняя дыягностыка (прыклад—рак страўніка). Па-другое, у іншых выпадках вінаваты ўрачы, якія ня ўмеюць паставіць зусім магчымы дыягназ (прыклад—рак кутніцы, які прымаецца за геморой, хоць дастаткова пальцавага дасьледваньня, каб вызначыць дыягназ). Па-трэцяе—шмат якія з гэтых хворых, знаходзяцца ў руках тэрапэўтаў, лечацца гэтымі апошнімі за тымі межамі, дзе тэрапэўтычнае лячэньне можа мець посьпех. І нарэшце, раньняй опэрацыі перашкаджае баязьлівасьць самых хворых, якія адмаўляюцца ад своечасовай, хоць і сур'ёзнай опэрацыі з тым, каб праз некаторы час пайсьці на запозьненую і небясьпечную опэрацыю.

Зразумела, што цэлы рад захворваньняў, якія бываюць у старых людзей, або паражаюць найважнейшыя для жыцьця органы (мазгі і т. д.) і надалей будуць даваць пэўны процант пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці у залежнасьці ад дрэннага стану ўсяго організма ці паасобных органаў.

Але значная доля гэтай сьмяротнасьці, бязумоўна, можа быць унікнута выключна шляхам правільных аднасін да справы самых урачоў. Я назваў-бы той кірунак, якога трэба трымацца хірургіі ў будучыні—абачлівым радыкалізмам. Хірург-консэрватар, які адмаўляецца рабіць опэрацыю ў больш-менш рызыкоўным выпадку, наўрад ці робіць правільна, але і той, які робіць опэрацыю ў амаль безнадзейным выпадку—компромэтуе опэрацыйнае ўмяшаньне. Бяда ўрачоў і хворых у шмат якіх выпадках заключаецца

нясумненна ў падзеле такіх спэцыяльнасьцяй—як тэрапія і хірургія. Нават найбольш радыкальны тэрапэўт ня можа мысьліць як хірург; адсюль—мімавольнае адцягненьне опэрацыі, пропуск выгаднага тэрміну і т.д. У канчатковым рэзультаце выпраўленьне ўсіх гэтых памылак залежыць ад нас і таму неабходна настойліва дамагацца ў інтарэсах хворых агульнай мовы паміж хірургам і тэрапэўтам (гл. пра гэта вышэй).

З прычыны таго, што компанэнт сардэчнай слабасьці адыгрывае пераважную ролю амаль у $^3/_4$ усіх выпадкаў, дык пытаньне пра вызначэньне сардэчнай дастатковасьці перад опэрацыяй зьяўляецца для хірурга вельмі важным. Аднак, да гэтага часу ўсе запрапанаваныя мэтоды не дасягаюць мэты, бо ўсе яны зьяўляюцца паказальнікамі толькі таго, як спраўляецца сэрца з цяжкасьцямі мэханічнага характару. Пры опэрацыі-ж параўнаўча рэдка задачы бываюць іменна такога роду (анэўрызмы і т. д.), звычайна-ж справа ідзе аб інтоксыкацыі (наркоз) і раздражненьні нэрвовага характару. Вос чаму і цяпер агульная клінічная ацэнка стану хворага адыгрывае большую ролю, чым функцыянальная проба; памылка-ж пры такой клінічнай ацэнцы, нажаль, зусім магчыма.

Ніколі не забудуся я на адзін выпадак, сьведкаю якога давялося быць. У часе вайны ў 1915 г. адзін таварыш, зьбіраючася зрабіць энуклеацыю вочнага яблыка ў астатнім зусім у здаровага і моцнага маладога салдата і жадаючы паказаць значэньне пробы *Штанге*, зрабіў яе ў хворага перад наркозам на маіх вочах. Проба дала лічбу значна вышэй нормы, што аднак не перашкодзіла таму, каб праз некалькі мінут хворы ляжаў на опэрацыйным стале ўжо мёртвым: ён загінуў у пачатку наркозу і ніякімі сродкамі немагчыма было яго выратаваць.

У данай групе прычын сьмерці спыняюць на сабе ўвагу дзьве паасобныя рубрыкі: шок, наркоз.

Ці можна ўявіць сабе сьмерць хворага ад шоку пры ўмовах маладога або параўнаўча маладога ўзросту і добрага стану найважнейшых органаў? Мне здаецца, што такія выпадкі павінны быць вельмі рэдка і толькі спалучэньне вельмі доўгачасовай опэрацыі з вялікай стратай крыві пры гэтым могуць у адзіночных выпадках выклікаць шок. Ва ўсіх-жа іншых выпадках опэрацыя звычайна толькі ўзмацняе шок: мы гэта назіраем пры опэрацыях з прычыны пашкоджаньняў, непраходнасьці кішочніка, зашчэмленых грыж і т. д. Пра сапраўдны шок пры іншых спрыяльных умовах можна, мабыць, гаварыць толькі ў выпадках опэрацыі пухлін на мазгох.

Пры ўліку значэньня сьмярцей ад наркозу, мы павінны адрозьніваць сьмерці пры кепскім агульным стане організма і недастатковасьці паасобных яго сыстэм ад сьмярцей выпадковых. Пра сьмерці першага парадку няма патрэбы гаварыць: яны па-сутнасьці, цалкам уваходзяць у папярэдні аддзел. Гэта ў паасобку падцьвярджаецца радам паказаньняў аўтароў на небясьпечнасьць агульнага наркозу ў пэўных хворых: напрыклад, у хворых паражэньнямі печані, хворых на жоўцевыя захворваньні, з агульнымі інфэкцыямі і т. д. *Валькані* (1928 г.) дае такія лічбы: выпадкі з інфэкцыяй (жоўцевых шляхоў і т. д.)—з опэраваных у наркозе памерла—44 проц., з опэраваных пад мясцовай анастэзіяй 17 проц.

На сувязь сьмерці ад наркозу з жоўцевымі захворваньнямі (печані) указвае і *Пятроў*.

Сярод маіх выпадкаў сьмерці ад наркозу пры позьніх опэрацыях—я меў таксама адзін выпадак захворваньня жоўцевага пузыра і хадоў у маладой жанчыны.

Выпадкі сьмерці ад наркозу, ня гледзячы на добры стан організма--сьмерці на стале—усё-ж зьяўляюцца вельмі рэдкімі. На ўказаныя 1.607 выпадкаў пасьляопэрацыйнай сьмерці такіх сьмярцей зазначана 6, г. зн.—0,3 проц., а калі ўзяць гэту лічбу на колькасьць опэрацый (лічачы 1 проц. пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці роўным 5 проц.)—32.000, дык атрымаецца 1 сьмерць на 12.000, г. зн. 0,008 проц.

За 4 гады *Марковін* у Растове н/Д зрабіў 3 ускрыцьці пры сьмярцях ад хлёраформу: адзін выпадак—сьмерць у часе хлёраформаваньня, і два—праз 6 гадзін пасьля наркозу. Калі лічыць колькасьць опэрацый у Растове за год ня менш—2.000, дык за 4 г. прыпадзе 1 сьмерць на 8.000 опэрацый, г. зн. прыблізна тая самая лічба, якая паказана вышэй. Небясьпека такой сьмерці тым меншая, што за апошні час вельмі пашыраецца мясцовая анэстэзыя. Небясьпекі-ж мясцовай анэстэзыі паказваюцца наступнымі лічбамі: *Клётц*—1929 г. сабраў у літаратуры 157 выпадкаў сьмерці пры мясцовай анэстэзыі, пры чым сьмерць адбылася:

зараз-жа	. . .	16 разоў
праз 5 мінут	. . .	17 „
„ 1 гадзіну	. . .	72 „
„ 24 „		41 „

З 157 выпадкаў—ва ўролёгічных--26 разоў, у хірургічных--29 разоў, і астатнія залежаць да іншых спэцыяльнасьцяй.

З 29 выпадкаў—7 было вальлякоў; прычына—надта вялікая доза або ўпырскваньне ў вэну. Такім чынам, хірургі могуць прыняць на сваю долю 55 выпадкаў, што ў параўнаньні з агульнаю колькасьцю мясцовых анэстэзый дае вельмі нязначную лічбу сьмяротнасьці.

Пры параўнаньні лічбаў розных устаноў мы бачым, што каля $^1/_3$ часткі ўсіх опэрацый усюды робіцца пад агульным абязбольваньнем. У *Шаака* ў клініцы гэта лічба зьведзена да 20 проц.

Матэрыял маёй клініцы паказвае наступнае (з 1914 г. па 1929 г.):

хлёраформ чысты ўжо амаль ня ўжываецца;

эфір трымаецца на малой лічбе (для асаблівых выпадкаў);

сумесь ($^1/_3$ хлёраф. $^2/_3$ эфіру, часам $^1/_4$ хлёр. $^3/_4$ эфіру ўжываецца ў каля 30 проц. выпадкаў опэрацый.

Мясцовая анстэзыя—з 20 проц. (у 1924 г.) узрасла да 60 проц. (у 1929 г.)

Сьпіннамазговая анэстэзыя ўжываецца рэдка.

Вывады: чысты шок і чыстая наркозная сьмерць у этыолёгіі пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці зьяўляюцца рэдкімі. Шок і наркоз забіваюць тых хворых, якія падрыхтаваны да гэтага ўзростам, цяжкасьцю ці запушчанасьцю сваёй хваробы. Апошнія моманты зьяўляюцца асноўнымі, чым тлумачыцца сьмерць у хворых гэтай групы.

Наступную вялікую групу пасьляопэрацыйных сьмярцей складае інфэкцыя—26 проц. літаратурных выпадкаў і 30 проц. маіх уласных. Такім чынам мы бачым, што і цяпер бактэрыйная інфэкцыя вырывае ў нас вялізарную колькасьць людзей. Ня прыходзіцца, зразумела, параўноўваць лічбы нашых часоў з эпохай даантысэптычнай; але калі ўзяць эпоху больш позьнюю напр., лічбы *Більрота*, дык мы ўбачым, што ў Цюрыху ў яго ад ускладненьняў ран памерла 44,4 проц. усіх загінуўшых, у Вэне—39,3 проц. Такім чынам, розьніца паміж сучаснымі лічбамі і лічбамі *Більрота*, зразумела, значная, але ўсё-ж не настолькі вялікая, якой, можа, трэба было чакаць.

Пры аналізе пасьляопэрацыйнай інфэкцыі першым трэба паставіць пытаньне пра тое, ці інфэкцыя існавала ўжо да опэрацыі ці яна ўнесена хірургам. Далёка не ва ўсіх выпадках магчымы дакладны адказ на гэта пытаньне. Аднак, калі ня прытрымлівацца дакладнасьці, дык цалкам магчыма адказаць на яго такім чынам, што ў большай палавіне выпадкаў сьмерці ад інфэкцыі апошняя ўжо існавала да опэрацыі. На маім матэрыяле гэты процант яшчэ большы, на 78 выпадкаў загінуўшых у выніку інфэкцыі

толькі ў 28 інфэкцыю можна прызнаць унесенай пры опэрацыі; у астатніх 50 выпадках яна ўжо была да опэрацыі: пэрытоніты пасьля апэндыцыту, пэрфорацыі язвы, траўмы жывата, пляўрыты, остэоміэліты і т. д. Калі такім чынам узяць толькі выпадкі пасьляопэрацыйнай сьмерці ад інфэкцыі, унесенай хірургам, дык для літаратурных выпадкаў і для маіх гэта дасьць 11-12 проц. адносна ўсёй пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. *Пятроў* называе лічбу—13,4 проц.; *Штых*—9,4 проц.; у мяне—11 проц. Працягваючы гэты аналіз, я павінен зазначыць, што вялізарная большасьць гэтых выпадкаў мае сувязь з опэрацыямі ў брушной поласьці. На 202 выпадкі (літаратура), дзе можна лічыць, што інфэкцыя ўнесена хірургам, 172 опэрацыі былі на страўніку, кішэчніку і жоўцевых шляхох. Рэшта—22 выпадкі—сьмерці ад мэнінгітаў, што ўзьніклі пры выдаленьні пухлін мазгоў, і толькі 8—ад выпадковай іншай інфэкцыі. Той-жа малюнак па сутнасьці і ў мяне: на 28 выпадкаў—5 сьмярцей ад інфэкцыі мазговых абалонак, усе астатнія —ад пэрытонітаў пасьля опэрацый на органах брушной поласьці.

Калі інфэкцыя ўжо ўнесена, дык пытаньне аб змаганьні з ёю зводзіцца да ўжо разабраных намі мэтодаў змаганьня з запаленьнем. У належным месцы мы прышлі да заключэньня, што адным з галоўных мэтодаў гэтага змаганьня цяпер зьяўляецца магчыма больш раньняя опэрацыя; і сапраўды, усё, што ў гэтых адносінах выказана пры аналізе сьмяротнасьці ад розных захворваньняў, цалкам адпавядае цяперашнім нашым разважаньням. Вельмі позьняе зьвяртаньне хворых па ўласнай віне, а таксама і па віне дактароў, зьяўляецца прычынай сьмяротнасьці—больш частай, як цяжкасьць самой інфэкцыі.

Застаюцца выпадкі, калі інфэкцыя ўнесена ў часе опэрацыі. Як я ўжо зазначыў, гэта—опэрацыі, якія маюць сувязь з раскрыцьцём полых органаў, асабліва страўніка і кішак. Хірургічная думка даўно б'ецца над проблемай асэптычнага кішочнага шва. Але і да гэтага часу пытаньне не разьвязана настолькі, каб можна было гарантаваць адсутнасьць пэрытоніту ва ўсіх падобных выпадках. Можна разьлічваць, што далейшае ўдасканальваньне тэхнікі дасьць зьмяншэньне колькасьці падобных выпадкаў. І калі цяпер, паводле анкеты *Магазаніка*, 30 проц. загінуўшых пры рэзэкцыі страўніка памерла ад пэрытоніту, дык ня трэба быць прарокам, каб з упэўненасьцю прадракці, што ў будучыню гэты процант будзе зьмяншацца.

Значны процант інфэкцыі мазговых абалонак пры опэрацыях на галаўных і сьпінных мазгох, на маю думку, мае сувязь (пры

лёгкай інфэктавальнасьці гэтых абалонак) з працягласьцю адпаведных опэрацый. Асаблівыя ўласьцівасьці мазгоў вымагаюць надзвычайна далікатнага опэраваньня, што выклікае павольнасьць і маруднасьць опэрацыі і, такім чынам, абалонкі мазгоў выстаўляюцца на доўгі час пад дзеяньне знадворнага няпрывычнага для іх асяродзьдзя; гэта прыводзіць да павялічэньня магчымасьці інфэкцыі.

Трэцяе, на што я хочу заўважыць, гэта магчымасьць успышкі так-званай дрэмлючай інфэкцыі,—пытаньне вялізарнае, у значнай ступені не разьвязанае; бязумоўна, у некаторых выпадках гэта дрэмлючая інфэкцыя зьяўляецца сапраўднай прычынай сьмерці.

Такім чынам мы бачым, што не ва ўсіх выпадках, дзе пры грубым аналізе можна гаварыць пра ўнясеньне інфэкцыі хірургам—яна сапраўды ім унесена.

Вывады: вялізарная група пасьляопэрацыйных сьмярцей залежыць ад інфэкцыі. Большая частка гэтых выпадкаў ужо была перад опэрацыяй інфэктавана (галоўным чынам гэта пэрытоніты). Калі лічыць такіх з 26 проц.—14 проц., і далучыць іх да тых 30 проц., якія залежаць ад агульнага стану хворых, дык мы атрымаем, што 44 проц. прычын пасьляопэрацыйных сьмярцей належыць да самога захворваньня і выкліканай ім недастатковасьці організма.

Лік сьмярцей, што залежаць ад унясеньня інфэкцыі хірургам, вагаецца цяпер ад 10 проц. да 12 проц. Асноўная маса такіх выпадкаў належыць да опэрацый на органах брушной поласьці. Тая акалічнасьць, што ў розных хірургаў гэты процант амаль аднолькавы—сьведчыць пра недасканаласьць тэхнікі і ўмоў такіх опэрацый у большай ступені, як пра выпадковасьць. На гэта мы павінны зьвярнуць увагу. Калі адкінуць брушныя опэрацыі, дык колькасьць хворых, загінуўшых ад інфэкцыі раны,—нязначная: 30 на 1.608, г. зн. каля 2 проц.; у мяне—5 выпадкаў на 257—г. зн. таксама каля 2 проц.

Наступную значную групу пасьляопэрацыйных сьмярцей складаюць лёгачныя ускладненьні. Яны, як відаць з лічбавых даных займаюць ледзь ня трэцяе (чацьвертае) месца сярод прычын сьмерці. Калі ўзяць пад увагу, што пнэўмоніі ўзьнікаюць па-за полем узьдзеяньня хірурга, дык натуральна, што такая лічба, як 17 проц. у адносінах да ўсіх прычын сьмяротнасьці зьяўляецца надзвычайна вялікай.

Перш за ўсё, пра самую лічбу: паміж літаратурнай лічбай—17 проц. і маёй асабістай—9 проц.—вельмі вялікая розьніца, каб

не зьвярнуць на яе ўвагі. Калі я вазьму лічбы паасобных аўтароў за апошнія гады, дык яны набліжаюцца хутчэй да маіх лічбаў, зьяўляючыся нібы сярэдзінай паміж паданымі лічбамі: у *Пятрова*—каля 12 проц.; у *Вазьнясенскага*—каля 13 проц.; *Шутыха*—10-11 проц. Мне здаецца, што гэтыя сярэднія лічбы—10-12 проц., больш апавядаюць сапраўднасьці, як 17 проц.

У лік прычыны сьмерці ўваходзіць ня толькі пнэўмоніі, але і гангрэны лёгкіх, гнойныя пляўрыты і, нарэшце, выпадкі абвастрэньня лёгачнага тубэркулёзу (апошніх было адзначана 7 на літаратурным матэрыяле—на 272 выпадкі—і 1 у мяне—на 24 выпадкі).

Калі я злучу абедзьве лічбы, дык на 296 сьмярцей ад лёгачных ускладненьняў—толькі 20 здарылася пры опэрацыях па-за брушыннай поласьці: 276 прыпадае на брушную хірургію. З ліку 276—большасьць адносіцца да страўніка і жоўцевых шляхоў (239 выпадкаў), а 28—да гнойных апэндыкулярных пэрытонітаў; пры гэтым сюды ўваходзяць таксама і ўсе 14 выпадкаў гангрэны лёгкіх. Гэты момант важны ў тым сэньсе, што сьведчыць пра сувязь інфэкцыі лёгкіх з даволі частай інфэкцыяй опэрацыйнай вобласьці. У гэтых адносінах я зварочваю ўвагу на работу *Заблудоўскага* (1928 г.). Ён правільна зазначае, што пэўная частка хворых, якія паміраюць пад клінічным дыягназам—лёгачнага ускладненьня—у сапраўднасьці маюць і сэпсіс, у выглядзе звычайнага пэрытоніту, але ня рэзка выяўленага, які часам выяўляецца толькі на сэкцыі. На падставе маёй практыкі, я павінен сказаць, што значная частка маіх хворых, якія паміралі ад так-званай пнэўмоніі, абсцэсу лёгкіх, мелі пэрытоніт, які або быў раней, або толькі разьвіваўся. Таму лёгачныя ускладненьні трэба было-б хутчэй разглядаць, як мясцовую лёкалізацыю сэптычнага процэсу, як мэтастаз. *Гейнац* правільна зазначае, што сьмяротныя пнэўмоніі асабліва часта бываюць пры раку страўніка, стравоходу. Што гэта значыць? Гэта значыць, што апрача інфэкцыі з гэтых падлягаючых распаду ракавых язваў—мы маем справу са старымі зьнясіленымі суб'ектамі, і значная частка такіх сьмярцей павінна быць залічана ў першую групу—сьмерці ад недастатковасьці ўсяго організма ці паасобнага органа. І толькі некаторая частка гэтых лёгачных захворваньняў павінна быць залічана ў групу тых ускладненьняў, якія залежаць ад самой опэрацыі. Сярод маіх выпадкаў я магу назваць такіх ня больш палавіны. На падставе гэтага я сьцьвярджаю, што лёгачныя ускладненьні, якія на першы погляд зьяўляюцца нібы сапраўды выпадковым ускладненьнем пры опэрацыі—мы павінны падзяліць

на дзьве групы: адну, дзе лёгачнае аскладненьне ёсьць такое-ж выяўленьне недастатковасьці організма, як і ўсякага іншага органа—печані, сэрца, нырак і т. д.—сюды адносіцца і большасьць выпадкаў,—і другую, дзе лёгачнае аскладненьне залежыць ад самога ўмяшаньня. Апошняя група меншая, і мяркуючы па маім матэрыяле дасьць толькі 4-5 проц. у адносінах да ўсёй колькасьці пасьляопэрацыйных сьмярцей.

Закрану нарэшце яшчэ адно пытаньне,—пра вялікую колькасьць лёгачных аскладненьняў пры мясцовай анэстэзіі. Не аспрэчваючы гэтага палажэньня, я цалкам далучаюся да думкі *Пятрова*, што сьмяротнасьць ад пасьляопэрацыйных лёгачных аскладненьняў меншая пры мясцовай анэстэзіі, як пры агульным наркозе.

Да ліку „выпадковасьцяй“, цяжка прадбачваных, якія ледзьня цалкам трэба аднесьці за лік опэрацыі—трэба аднесьці эмболіі і тромбозы і асабліва эмболіі лёгачнай артэрыі. Аднак пры больш уважлівым аналізе гэтых выпадкаў складаецца іншае ўражаньне. Як часта бываюць гэтыя аскладненьні? Некалькі лічбаў дадуць уяўленьне аб частасьці такой сьмерці.

Эмболія

Швэйцарская статыстыка

1918-1922 г. г.	на 56.020 опэрацый	—154	сьмерці ад эмб.	—0,28	проц. сьмярцей
Райхель .	. на 22.689	„ —56	„ „ „	0,24	„ „
Мартыні.	. на 29.190	„ „	„ „ „	0,22	„ „
				сярэдняя 0,24	проц.

Калі справа ідзе аб паасобных опэратарах, процант павялічваецца (магчыма ад таго, што падлічваюцца больш цяжкія выпадкі опэрацый).

Эйзэльсбэрг . .	6.871	—	0,33	проц.
Шмідэн	10.988	70	0,64	„
Капіс	7.210	—	0,44	„
Мэйо	64.000	47	0,07	„

Сярод пасьляопэрацыйных сьмярцей я налічыў 56 сьмярцей ад эмболіі, што на 1.607 опэрацыйных сьмярцей дае—3,5 проц.; У сваім матэрыяле я меў 4 выпадкі, што складае каля 2 проц. Такім чынам, гэта прычына пасьляопэрацыйнай сьмерці не зьяўляецца частай—хоць нельга не зазначыць на статыстыкі *Птрэна, Штыха,* дзе процант такіх сьмярцей—6.

Але вось на што трэба зьвярнуць увагу: эмболіі лёгачнай артэрыі залежаць, як відаць ня выключна ад опэрацыі. *Мартыні*

дае вось якія лічбы: на 29.190 опэрацый было 0,22 проц. эмболій, але ў 22.348 неопэраваных—было таксама—0,1 проц. эмболій.

Што опэрацыя, аднак, мае вялікае значэньне, ясна з папярэдняй паданай мною лічбы—3,5 проц. з ліку опэрацыйных сьмярцей. Такога процанту з ліку прычын сьмерці наогул эмболіі, зразумела, не даюць; але адначасова трэба зазначыць, што з ліку пасьляопэрацыйных эмболій, як відаць, частка павінна была-б ўсёроўна зрабіцца афяраю эмболіі.

Вельмі важнымі зьяўляюцца таксама моманты, якія ствараюць нахіл да хваробы. Тут трэба адзначыць узрост. Паводле статыстыкі *дэ Кэрвэн* да 40 г. эмболіі бываюць рэдка, ад 40 г. часьцей і асабліва часта ў асоб, старэйшых за 60 год. Зьмяшчу яшчэ такую табліцу (процант эмболій ў кожным узросьце).

Узрост	*Любарш*	*Цургеле*	*Райхель*	Швэйцарская статыстыка
10-20 . . .	—	—	1,9	1,2
20-30 . . .	8,6 проц.	8,6	10,7	3,2
30-40 . . .	11,6 „	11,4	12,7	3,6
40-50 . . .	13,15 „	17,2	19,6	19,7
50-60 . . .	19,7 „	14,2	19,6	26,2
60-70 . . .	20,2 „	2,4	26,7	26,9

Хваробы сэрца, нырак павялічваюць магчымасьць эмболіі. Гэта сьведчыць пра зазначаны ўжо намі момант—значэньне ўзросту і запушчанасьці хваробы. У сувязі з гэтым, наўрад ці можна лічыць, што такія выпадкі сьмярцей ад эмболіі абумоўліваюцца опэрацыяй, а не характарам самой хваробы ці няспрыяльных для яе ўмоў (запушчанасьці).

Гэта самае падцьвярджаецца пры аналізе тых опэрацыйных умяшваньняў, пры якіх назіралася эмболія. Гэта перш за ўсё простатэктомія. На 56 выпадкаў з маей статыстыкі (літаратурныя выпадкі) у 11 выпадках справа ішла аб гэтай опэрацыі. Паводле *дэ Кервэна* эмболія пры простатэктоміі дае 1,99 проц., г. зн. бывае часьцей, як пры-якой небудзь іншай опэрацыі. Гэта можна тлумачыць толькі спалучэньнем наступных момантаў—узрост, стан уросэпсісу, удзел вэнознай сыстэмы. Потым ідуць ляпаратоміі, пры чым момант сэпсісу ці наогул інтоксыкацыі ў наяўнасьці. Гэта—вострыя апэндыцыты, пэрытоніты, холянгіты, зашчэмленыя грыжы, ілеус, цяжкія выпадкі раку. І сапраўды, з ліку 56 эмболій, якія я разглядаю, 11 было ў проста-

тыкаў; з ліку 45, што засталіся—на долю зазначаных вышэй выпадкаў прыпадала 33; у *Капіса*—на 32 выпадкі эмболіі—такіх было 16. Аднак, да якіх опэрацый належалі астатнія выпадкі? 9 было сэптычных—эмпіэма, гангрэна машонкі, гангрэна ступы, флегмоны канцавін. Такім чынам,—сэптычныя процэсы і асабліва сэптычныя ляпоратоміі—другая галіна эмболіі. І толькі за трэцяй групай я вымушаны прызнаць момант „выпадковасьці“: гэта эмболія пры опэрацыях вольных грыж, хронічнага апэндыцыту, опэрацыі на судзінах (вальляк, геморой), на касьцях (остэосынтэз) і т. д.

Вывад: хоць эмболіі і тромбозы і бываюць выпадковымі, аднак, у большасьці выпадкаў, яны зьяўляюцца толькі адным з выяўленьняў недастатковасьці організма і ня могуць быць пастаўлены ў віну опэрацыі. Іншая справа—другая частка, меншая, дзе можна казаць сапраўды пра „выпадковасьць“, якая залежыць ад акту опэрацыі.

Ці павялічваецца колькасьць эмболій?

Шмідэн—на 10.988 опэрацый—меў 70 сьмярцей ад эмболіі—0,64 проц.

Шмідэн	у 1921 г.	0,21	проц.
Рост . . .	у 1913 г.	0,2	„
Капіс . . .	у 1923 г.	0,54	„
„	у 1924 г.	0,29	„
„	у 1925 г.	0,54	„
„	у 1926 г.	0,81	„
„	у 1926 г.	1,13	„
„	у 1926 г.	0,42	„

Лічбы нібы гавораць за гэта, але ўсё-ж адказаць на пытаньне ўстаноўчым сэньсе ня так лёгка.

Крывяцячэньні, як прычына пасьляопэрацыйнай сьмерц павінны быць цалкам аднесены за лік опэрацый. Праўда, і тут ёсьць група кравяцячэньняў, дзе сувязь з опэрацыяй зьяўляецца толькі ўзбочнай—гэта вялікая група крывяцячэньняў пры язвах страўніка. Аднак, не заўсёды можна сказаць адкуль ідзе кроў—з язвы ці анастомозу, дый у першым выпадку—дапушчальна думка, што траўма страўніка і язвы пры аглядзе і опэрацыі і зьяўляецца прычынай крывяцячэньня. Як часта бываюць такія выпадкі—паказвае лічба: з ліку 62 выпадкаў сьмерці ад крывяцячэньняў—46 было пры язвах страўніка, як гэта відаць з наступнай табліцы:

3—з канцавін
45—з язвы і шва—на 1.095 опэрацый страўн.—4 проц.
1 пэрфаратыўная язва страўніка
1 жоўцевая опэрацыя
2 вальляк
9 параненьні печані (18)
1 нырка

62

Процант гэтай прычыны сьмерці (62 на 1.607)—3,8.

Пятроў дае для сваіх лічбаў—3 проц,; *Вазьнясенскі*—2 проц.; у мяне—2 проц. Мае 4 выпадкі належаць: 1—да язвы страўніка, 1—да выдаленьня селязёнкі: 1—да параненьняў (печані і аточыны), 1—холемічнае крывяцячэньне.

Наступная група належыць да аскладненьняў з боку брушных органаў. Калі ўзяць пад увагу толькі выпадкі літаратурныя, дык яны разьмяркоўваюцца наступным чынам:

Бязвыходны круг	111
Пэрфарацыя язвы страўніка	16
Ілеус	53
Атонія страўніка	4
	184

Гэтыя 184 выпадкі складаюць 11,7 проц. Вялікая лічба бязвыходнага круга, якая адносіцца да больш раньняга пэрыоду, стварае асноўную масу гэтых аскладненьняў і з прычыны гэтага атрымліваецца такі вялікі процант. Цяпер мы не сустракаем так многа гэтых выпадкаў, і таму лічба брушных аскладненьняў павінна быць меншай. Я на сваім матэрыяле мог наогул такіх брушных аскладненьняў зазначыць усяго 19 выпадкаў, што складае 7 проц. Пры ацэнцы гэтых аскладненьняў з боку ўдзелу ў іх опэрацыйнага агенту, мы павінны зазначыць, што частка іх, бязумоўна, залежыць ад опэрацыі, з прычыны таго, што апошняя стварае ўмовы, патрэбныя для ўзьнікненьня аскладняльнага моманту. Бязумоўна, гэтага яшчэ мала, каб сьцьвярджаць, што вінаваты хірург.

Нарэшце, застанецца пералічыць яшчэ цэлы рад аскладненьняў прычынная сувязь якіх з опэрацыяй ясная, але якія часткова або выпадковыя, або настолькі вынікаюць з самога стану хворага і яго хваробы, што наўрад ці залежаць ад опэрацыі. Не ўваходзячы ў дробязі, абмяжуюся пералікам тых назіраньняў, якія зроблены.

Разыходжаньне раны жывата	5
Язвавы коліт	6
Фістула дванаццаціпалай кішкі	4
Страўнічнае крывяцячэньне	4
Холемія	8
Паротыт	4
Інтоксыкацыя пры базэдавай хваробе	8

і цэлы рад дробных адзіночных аскладненьняў.

Тая-ж мая думка пра пераважнае значэньне асноўнага фактару—захворваньня і выкліканага ім (або ўзростам) стану організма—можа быць даведзена і іншым шляхам: ілюстрацыяй прычын сьмерці пры некаторых захворваньнях.

Пры вольных грыжах я мог сабраць такія даныя: на 18 выпадкаў сьмерці прычынамі яе былі: эмболіі—9-50 проц.; наркоз—1; пнэўмонія — 3-18 проц.; эндокардыт—1; пэрытоніт—1; ілеус—2; абвастрэньне тубэркулёзу—1.

Калі адкінуць такія зусім выпадковыя аскладненьні, яе абвастрэньне тубэркулёзу, эндокардыт, ілеус, пырытоніт наркоз—застаюцца эмболіі і пнэўмоніі, якія паражаюць часьцей за ўсё старых людзей.

Пры зашчэмленых грыжах мы маем пэрытонітаў—амаль 50 проц.; шок—20 проц.; эмболіі—амаль 20 проц. Тут мы бачым прычыны, якія маюць сувязь з характарам самой хваробы і зусім не залежаць ад опэрацыйнага ўмяшаньня.

Пры вострым апэндыцыце (на 243 выпадкі сьмерці) прычыны яе разьмяркоўваюцца такім чынам:

Пэрытоніт	60 проц.
Ілеус	13 „
Лёгачныя аскладненьні	9 „
Эмболіі і тромбозы	7 „
Сэптычныя аскладненьні	7 „

Такім чынам, мы бачым, што асноўнымі прычынамі зноў такі зьяўляюцца сэпсіс брушыны і мэтастазы гэтага сэпсісу, да якіх трэба аднесьці і лёгачныя аскладненьні, і тромбозы, і эмболіі.

Пры хранічным апэндыцыце (колькасьць вядомых мне выпадкаў нязначная), мы сустракаем звычайна тры моманты: пэрытоніт, выпадковую эмболію і ілеус.

Пры опэрацыях на жоўцевых шляхох, асноўную ролю ў пасляопэрацыйнай сьмяротнасьці адыгрывае агульны стан хворых—за яго лік прыходзіцца 33 проц. сьмярцей. Потым ідуць лёгачныя аскладненьні—ад 13 проц. да 20 проц.; пэрытоніт—

ад 10 проц. да 12 проц.; холемія—ад 5 проц. да 9 проц.; а за імі ўжо розныя сэптычныя і выпадковыя аскладненьні.

Уяўленьне аб прычынах сьмяротнасьці пры опэрацыях на страўніку пры язьве яго (*Г Э* і рэзэкцыя) даюць наступныя лічбы:

Шок і сардэчная слабасьць	24	проц.
Пэрытоніт	18	„
Бязвыходны круг	10	„
Пнэўмонія	17	„
Крывяцячэньне	4,5	„

астатнія прыпадаюць на розныя іншыя выпадковыя моманты.

Амаль усе выпадкі сьмерці пры пэрфараванай язьве страўніка залежаць ад пэрытоніту (75-80 проц.), потым ідзе пнэўмонія, і толькі затым адзінкавыя выпадковыя аскладненьні.

Пры параненьнях брушных органаў асноўныя прычыны сьмерці—пэрытоніт і крывяцячэньне; часам мясцовы сэптычны процэс (напр., нарывы печані).

Пры опэрацыях на нырках—у 50 проц. прычынай зьяўляецца—агульны кепскі стан хворых—адсюль шок, слабасьць сэрца і т. д.; потым урэмія, крывяцячэньне і т. д.

Простатэктомія дае, як асноўныя прычыны сьмерці—урэмію (ад 17 проц. да 35 проц.), агульны кепскі стан (ад 15 проц. да 30 проц.), пнэўмоніі (ад 13 проц. да 30 проц.), інфэкцыю (ад 17 да 57 проц.).

Ня буду даваць больш прыкладаў, бо з паданых добра бачна, што, у асноўным, прычыны пасьляопэрацыйных сьмярцей знаходзяцца ў зусім пэўнай залежнасьці, у першую чаргу, ад характару захворваньня і—значна менш—ад якога-небудзь іншага фактару.

Я лічу патрэбным спыніцца яшчэ хоць каротка на некаторых пунктах пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці:

1) на так званых нечаканых сьмерцях;

2) сьмерці на опэрацыйным стале;

3) няясных выпадках сьмерці.

Асобную групу складаюць т. зв. „нечаканыя“ сьмерці. Гэта група, зразумела, ня мае пэўных межаў; але кожны хірург добра ведае значэньне гэтага тэрміну. Ацэньваючы ўсе шансы хворага на перанясеньне опэрацыі, улічваючы розныя аскладненьні, якія бываюць пры данай опэрацыі, дапускаючы пры гэтым і магчымасьць розных памылак, хірург усё-ж часамі бывае сьведкаю сьмерці, якой ён сапраўды не чакаў. Як часта бываюць вы-

падкі „нечаканай“ сьмерці? Я маю толькі даныя *Пэтрэна*. Апошні налічвае на 16.000 опэрацый 116 такіх сьмярцей, г. зн.—0,7 проц.

Каб зразумець характар „нечаканых“ хірургічных сьмярцей, трэба крыху спыніцца на пытаньні пра нечаканыя сьмерці наогул. Апошнія часьцяй бываюць у мужчын, як у жанчын.

Надзвычайна частай прычынай нечаканай самерці зьяўляюцца хваробы сэрца. На 1.468 выпадкаў трох аўтароў (*Бэльлін*, *Плешкоў, Марковін*) сардэчная сьмерць мела месца 578 разоў, г. зн. больш, як у 1/3 усіх выпадкаў. З прычыны гэтага відаць, што нечаканыя сьмерці часта маюць сувязь іменна з сардэчнымі расстройствамі і наогул недастатковасьцю організма. Так, з ліку зазначаных 116 выпадкаў *Пэтрэна*, гэта група прычын выяўляецца 41 раз. Значыць, тут была недаацэнка цяжкага стану хворага, і сьмерць зьявілася „нечаканай“ толькі паводле суб'ектыўнага ўяўленьня хірурга.

Тое самае трэба сказаць пра так званую сьмерць ад т ы м у с у, значэньне якой трэба лічыць пераўвялічаным. Яе *Марковін* назіраў 7 разоў на 408 выпадкаў раптоўнай сьмерці, але выключна ў дзяцей (да 5 год). Гэты пункт гледжаньня, мабыць, найбольш адпавядае сапраўднасьці.

Адносна раду выпадкаў нечаканых сьмярцей можа стаяць пытаньне, насколькі яны зьяўляюцца „нечаканымі“. Я не разумею, чаму *Пэтрэн* уключае ў гэту групу пэрытоніты, мэнінгіты, сэпсіс, лёгачныя ускладненьні і т. д. Усё гэта прымушае мяне думаць, што лік сьмярцей сапраўды „нечаканых“—вельмі нязначны. Да іх у першую чаргу трэба аднесьці сьмерці на опэрацыйным стале.

Сьмерць на опэрацыйным стале (калі ня лічыць опэраваньне цяжкіх траўматычных выпадкаў), як вынік няшчаснай выпадковасьці, бывае вельмі рэдка. На матэрыяле ў 1.607 выпадкаў яна зазначана 3 разы; у *Пэтрэна*—7 разоў—на 619 пасьляопэрацыйных сьмярцей; я на сваім матэрыяле—257 выпадкаў—меў такую сьмерць 2 разы. Прычынамі часьцей за ўсе бываюць—наркоз, базэдава хвароба, моцнае крывяцячэньне, паветраная эмболія. Так, у маіх выпадках—1-ы выпадак—сьмерць ад базэдавай хваробы (опэрацыю рабіў мой асыстэнт); 2-і выпадак—сьмерць ад крывяцячэньня і наркозу: нэфрэктомія (вялікі камень, цяжкія зрашчэньні), надрыў п о л а й в э н ы (опэрацыю рабіў я).

Апісаны выпадкі, дзе абстаноўка опэрацыі, страх перад опэрацыяй выклікалі псыхічны шок. Прыклад такога чыстага „опэ-

рацыйнага шоку“ дае Марковін: хворы 51 году гангрэнай лёгкага памёр раптоўна на стале перад самай опэрацыяй. Пра выпадкі сьмерці ад наркозу я ўжо гаварыў раней.

Трэба зазначыць, што аўтары з вялікім матэрыялам паведамляюць пра пэўны процант выпадкаў, дзе прычына сьмерці застаецца нявыразнай нават пры аўтопсіі. Асабліва сярод „нечаканых“ сьмярцей (судова-мэдычных ускрыцьцяў) вялікай зьяўляецца група выпадкаў, дзе і ўскрыцьцё нічога не дае. Напрыклад, у *Марковіна* на 406 выпадкаў такіх было 4, г. зн. 1 проц. *Пэтрэн* гаворыць пра 12 такіх нявысьветленых нават на аўтопсіі выпадкаў (на 619 сьмярцей гэта дасьць 2 проц.). *Штых* на 937 сьмярцей налічвае 29 такіх выпадкаў, г. зн. 3 проц. Кожны хірург падцьвердзіць наяўнасьць такіх выпадкаў у сваёй асабістай практыцы.

Папярэдні аналіз, які высьвятляе нам прычыны сьмерці, яшчэ не дае адказу на пытаньне—у якой меры сама опэрацыя зьяўляецца фактарам хірургічнай сьмяротнасьці. Адказаць на гэта пытаньне вельмі цяжка, бо яно само ў сваю чаргу можа быць падзелена на два пытаньні: 1) ці зьяўляецца прычынай сьмерці хворага опэрацыя як такая і 2) ці зьяўляецца гэтай прычынай памылкова ці няправільна зробленая опэрацыя? Адказ аскладняецца яшчэ адным момантам—аб якім захворваньні і аб якіх опэрацыях ідзе гутарка.

Пэтрэн, напрыклад, падзяляе опэрацыі так:

1) опэрацыі з прычыны вострых інфэкцый у жываце;
2) „ „ „ іншых інфэкцый;
3) „ „ „ вострых неінфэкцыйных станаў;
4) „ „ „ злаякасных пухлін;
5) „ „ „ іншых хранічных хвароб.

Вазьнясенскі падзяляе свае опэрацыі на:

1) опэрацыі пры вострых траўмах;
2) „ наогул пры безадкладных выпадках;
3) так званыя „пробныя“ опэрацыі;
4) усю астатнюю масу опэрацый ён азначае, як „мірныя“.

Мяне не задавальняе гэты падзел, бо шмат якія—не безадкладныя выпадкі—ня менш цяжкія і небясьпечныя, чым выпадкі безадкладнай хірургіі. Мне здаецца, што асноўны момант ляжыць у стане хворага, як такім. Я ня думаю, каб мой падзел быў зусім здавальняючы, але ён, мне здаецца, адпавядае клінічнаму крытэрыю. Я адрозьніваю выпадкі запушчаныя, цяжкія і іншыя, зразумела, падзяляючы іх у той-жа час на экстрэнныя і няэкст-

рэнныя. З гэтага пункту гледжаньня запушчаны рак страўніка ня менш цяжкі, як позна дастаўленая пэрфоратыўная язва страўніка і т. д. Ня лёгка, быць можа, уключаць у пэўную рубрыку той ці іншы выпадак; зразумела, паказальнік сьмяротнасьці ў розных групах і пры розных хваробах будзе неаднолькавы, але іменна стан хворага і яго хваробы (г. зн. запушчанасьць, цяжкасьць, або адсутнасьць гэтых момантаў) абумоўлівае значэньне опэрацыі, як фактару сьмяротнасьці. Гэты крытэрый дыктуецца нам ня толькі клінічным жыцьцём, але і социяльным момантам. Социяльная вартасьць такога фактару, як опэрацыя, можа выявіцца толькі тады, калі яна робіцца пры адпаведных умовах, з якіх самая галоўная—здавальняючы об'ект: пры выключэньні гэтай умовы скажаецца пэрспэктыва і пытаньне тлумачыцца зусім няправільна.

Калі ўзяць агульныя лічбы—хірургічнай сьмяротнасьці і пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці, паданыя мною вышэй, дык аказваецца, што яны аднолькавыя. Часам мы нават выяўляем што пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць меншая. Я магу спаслацца на рад лічбаў:

Інстытут Скліфасоўскага 1925 г.	опэр.	1.643	сьмярцей	106	6,6 проц.
	неопэр.	776	„	53	6,8 „
	усяго	2.419	„	159	6,7 „
Уладзімірская земская б-ца 1884-1889 г. г.	опэр.	548	„	17	3,1 „
	неопэр.	1.064	„	73	6,7 „
	усяго	1.612	„	100	6,2 „
Маскоўская Марыінская 1897 г.	опэр.	331	„	18	5,4 „
	неопэр.	219	„	22	10, „
	усяго	550	„	40	7,2 „
Шэнкурская б-ца	опэр.	948	„	27	2,7 „
	неопэр.	134	„	12	9 „
	усяго	1.082	„	39	3,9 „
Елецкая б-ца	опэр.	2.165	„	40	1,44 „
	неопэр.	1.269	„	20	1,6 „
	усяго	3.434	„	60	1,77 „
Бабухінская б-ца	опэр.	1.772	„	102	5,9 „
	неопэр.	129	„	51	39,0 „
	усяго	1.901	„	153	7,0 „
Джыбсон	опэр.	9.025	„	418	4,8 „ (сапраўдн. лічбы 5 проц.)
	неопэр.	3.119	„	78	2,5 проц.
	усяго	12.144	„	496	4,1 „
Мой матэрыял (на 6.937 хворых)	опэр.	5.123	„	273	5,5 „
	неопэр.	1.814	„	150	8,0 „
	усяго	6.937	„	423	6,0 „

Гэтыя лічбы, калі браць іх цалкам, добра паказваюць, што опэрацыя, ва ўсякім выпадку, не павялічвае хірургічную сьмяротнасьць. Аднак гэта патрабуе далейшага аналізу.

Як ацэньваюць самі хірургі апэрацыйны фактар? *Штых* устанаўляе на 937 сьмярцей процант памершых ад асноўнай хваробы—у 41,8 проц., і з прычыны агульнага кепскага стану—у 14,3 проц. *Вазьнясенскі* на 243 сьмерці вызначае процант памершых ад тэй самай прычыны—у 46 проц. *Каган (Пятроў)* —40 проц. (толькі прогрэсаваньне захворваньня). *Пэтрэн*—у 44 проц. (на 619 сьмярцей). Растоўская больніца—у 40 проц. (на 154 сьмерці). *Шоур*—у 50 проц.

Аднак, у гэтыя лічбы я павінен унесьці адпаведную папраўку: яны меншыя, як гэта адпавядае сапраўднасьці. Возьмем лічбы *Пятрова*: да 40 проц. трэба дадаць значную лічбу тых пнэўмоній, якія былі прычынай сьмерці, бо я ўжо выказаў свой погляд на большасьць гэтых пнэўмоній; сьмерці ад так-званага дрэннага сэрца, частка сьмярцей ад так-званага шоку і наркозу. Мы-ж лечым не хваробу, а хворага, і значыць усе гэтыя „ускладненьні" ня могуць намі разглядацца інакш, як прогрэсаваньне дрэннага стану хворага і паасобных яго органаў, як прогрэсаваньне хваробы. Пры гэтай умове мы атрымаем з лічбаў *Пятрова* ня менш як 50 проц. сьмярцей, ня гледзячы на тое, што рабіліся опэрацыі. У лічбах *Пэтрэна* мы маем тое-ж: на лёгачныя ускладненьні ён адводзіць 26 проц. Калі хоць-бы палавіну мы будзем разглядаць у паказаным вышэй сэньсе, дык і тут мы будзем мець 44+13, г. зн. 57 проц.

Я прааналізаваў больш падрабязна 164 выпадкі сьмерці, якія былі ў маёй клініцы пасьля опэрацый і атрымаў такі вывад: у 108 выпадках прычынай сьмерці было само захворваньне: у 28 выпадках захворваньне было настолькі запушчаным, што опэрацыя наўрад ці магла наогул дапамагчы. Сюды я залічаю:

1 выпадак цяжкай номы твару ў дзіцяці 2 год, вельмі зьнясіленага пасьля асноўнай хваробы;

6 выпадкаў запушчаных гнойных пляўрытаў, якія былі дастаўлены ў безнадзейным стане і памерлі хутка пасьля опэрацыі;

1 выпадак раку страваходу, якому была зроблена гастростомія, і які быў блізкі да сьмерці;

3 выпадкі з хірургіі печані—2 параненьні, дастаўленыя позна (1 ужо з пэрытонітам)—і 1 выпадак 6-тыднёвай жаўтухі і холянгіту—холемія (памёр ад холем. крывяцячэньня);

6 выпадкаў пэрфорацый язваў кішак і разрываў кішак дастаўленых позна, з цяжкімі пэрытонітамі;

8 позьніх выпадкаў апэндыкулярных пэрытонітаў;

1 запушчаны выпадак пашкоджаньня кутніцы з разрывам брушыны, дастаўлены праз 2 сутак з цяжкім пэрытонітам;

2 запушчаныя выпадкі цяжкага сэпсісу пасьля хваробы канцавін.

У 80 выпадках хвароба ня была вельмі запушчана, але была надзвычай цяжкай і хворыя памерлі, ня гледзячы на тое, што зроблена опэрацыя—ад прогрэсаваньня асноўнай хваробы;

6 параненьняў чэрапа з пашкоджаньнем мазгоў;

4 гнойныя пляўрыты;

2 параненьні хрыбетніка;

9 страўнічных выпадкаў (параненьні, рэзэкцыі раку);

3 рака стравахода (кахексія);

4 опэрацыі на печані і жоўцевых шляхох (параненьні, холедохотоміі);

4—на кішках (параненьні, рак);

26 выпадкаў ілеусу;

7 цяжкіх апэндыкулярных пэрытонітаў;

1 цяжкая простатэктомія;

14 траўм, гангрэн, тубэркулёзу канцавін (памерлі, ня гледзячы на ампутацыі і г. д.).

У гэтых 108 выпадках у 63 проц. сьмерць ні ў якім разе не залежыць ад опэрацыі і мне здаецца, што мая лічба бліжэй да сапраўднасьці, як паказаныя вышэй. Вельмі падобны да маіх, лічбы аднэй справаздачы Растоўскай-н/Д больніцы. На 154 выпадкі пасьляопэрацыйнай сьмерці там зазначана 53 выпадкі сьмерці ад прогрэсаваньня асноўнай хваробы, 46 выпадкаў сьмерці ад аскладненьняў, меўшых месца да опэрацыі, і 18 выпадкаў сьмерці пры траўмах—117—75 проц.

Ва ўсякім разе, можна сьцьвярджаць, што ня менш 50 проц. пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці зусім не залежыць ад опэрацыі.

У наступнай групе опэрацый, мы можам адрозьніваць сьмерці, якія маюць пэўную сувязь з памылкай хірурга, і сьмерці, якія здарыліся пасьля опэрацыі, але дзе памылку хірурга ўказаць нельга або цяжка. Пачнем з фактычных матэрыялаў.

Пятроў лічыць процант сьмярцей ад памылак хірурга роўным 17,4 проц. Апрача таго, 13,4 проц. адносіць да інфэкцыі унесенай у часе самой опэрацыі. *Штых* налічвае на 937 опэра-

цыйных сьмярцей 17 памылак дыягностычных і 37 тэхнічных што дае каля 6 проц.; апрача таго 88 інфэкцый, г. зн. каля 9 проц.

Падам для прыкладу тыя тэхнічныя памылкі, якія называе *Штых:* недастатковасьць шва на кішочніку—17 выпадкаў, разрыў кішак у часе опэрацыі—5 выпадкаў; крывяцячэньне ў часе опэрацыі або пасьля яе—10 выпадкаў, іншыя памылкі—5 выпадкаў.

Пэтрэн на 619 сьмярцей адносіць за лік памылак хірурга—35, г. зн. каля 6 проц.; інфэкцый ён налічвае 4 проц. *Вазьнясенскі* з 243 выпадкаў пасьляопэрацыйных сьмярцей—за лік розных момантаў, залежных ад опэрацыі, адносіць 46, г. зн. 18 проц. *Шоўр* адводзіць самай опэрацыі, як прычыны сьмерці—15 проц. сваёй пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. *Перальман* гаворыць пра 5 такіх выпадкаў на 24 пасьляопэрацыйныя сьмерці, г. зн. пра 20 проц.

У сваім матэрыяле я маю такія даныя: памылковыя дыягнозы і тэхнічныя памылкі былі прычынай сьмерці у 9 проц., а інфэкцыя і іншыя моманты, залежныя ад опэрацыі—у 7 проц., што разам дае 16 проц.

Характарна для ўсіх гэтых лічбаў, як не суб'ектыўны падставы, з якіх яны складаюцца, што яны параўнаўча блізка падыходзяць адна да аднэй. У сярэднім хірургі прымаюць на свой лік ад $^1/_6$ да $^1/_5$ часткі пасляопэрацыйных сьмярцей.

Што гэта значыць? Ці значыць гэта, што адпаведныя хворыя засталіся-б жывымі, каб не рабілася опэрацыя ці ня здарылася памылка ў часе опэрацыі?

Усе мы ведаем, як цяжка адказаць на такое пытаньне.

Ня ўсе выпадкі памылак і няўдач у часе опэрацыі зьяўляюцца сапраўднай прычынай сьмерці. Шмат якія з іх зьяўляюцца вынікам цяжкіх умоў, у якіх знаходзіцца хірург, з прычыны значнай запушчанасьці самай хваробы. Калі на опэрацыйным стале памірае раптоўна безэдавічка, або калі яна памірае хутка пасьля опэрацыі, дык прычынай гэтага зьяўляецца ня толькі опэрацыя, але перш за ўсё тая акалічнасьць, што такія хворыя зьяўляюцца для опэрацыі вельмі позна. Калі памірае на опэрацыйным стале хворая ў выніку пашкоджаньня ніжэй полай вэны пры нэфрэктоміі, дык апрача хірурга вінавата сама хворая, якая хварэе некалькі год і давяла сябе да такога стану, пры якім зрашчэньні вакол ныркі робяць такое пашкоджаньне магчымым. Калі *Штых* апісвае 5 выпадкаў (сярод тэхнічных памылак) разрыву

кішак у часе опэрацыі, дык мы-ж ведаем, што рвуцца кішкі толькі вельмі раздутыя і зьмененыя ў сваім жыўленьні: значыць, апрача хірурга, у данай сьмерці вінавата сама хвароба. Памылкі дыягназу ці памылкі тэхнікі здараюцца галоўным чынам там, дзе ўмовы самага захворваньня і опэраваньня ўскладнены; ускладненьне-ж назіраецца галоўным чынам або ў выпадках вельмі цяжкіх, тэрміновых захворваньняў, або ў выпадках доўгатэрміновай хваробы і запушчэньня.

Зусім ня здымаючы з хірургаў частку іх віны, усе гэтыя меркаваньні маюць мэтай паказаць на об'ектыўныя ўмовы, якія прымушаюць аднесьці многія з такіх выпадкаў за лік самага захворваньня. Гэта важна для нас, па-першае, для таго, каб стварыць найбольш об'ектыўны малюнак значэньня опэрацыі, як фактару хірургічнай сьмяротнасьці. З другога боку, гэта яшчэ раз указвае нам на той галоўны шлях, па якім неабходна накіраваць нашу ўвагу—шлях своечасовага звароту за хірургічнай дапамогай—і гэта-ж дае нам магчымасьць ставіць прогноз адносна зьменшэньня проценту тэй групы пасьляопэрацыйных сьмярцей, дзе прычынай зьяўляюцца памылкі і няўдачы опэрацыйнага ўмяшаньня.

Пасьля выліку тых выпадкаў, пра якія мы зараз гаварылі, застаецца пэўны процант такіх, дзе прычынай сьмерці бязумоўна зьяўляецца тая ці іншая памылка распазнаваньня або тэхнікі, ці няўдача, якую цяжка кваліфікаваць як памылку, але якая цягне за сабой сьмерць хворага. Хоць процант такіх выпадкаў нязначны, і хоць яны не ствараюць якой-небудзь перавагі ў пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці ў параўнаньні з хірургічнай сьмяротнасьцю наогул, але гэтыя выпадкі, незалежна ад процантных адносін, зьяўляюцца цёмнаю плямаю ў хірургіі, зьнішчыць якую ёй неабходна. Разьвязаньне гэтай задачы важна ня толькі ў інтарэсах данай групы хворых, але ў інтарэсах хірургіі ў цэлым: боязнь опэрацый, якая прымушае часта і хворага, і ўрача-тэрапэўта весьці політыку страуса, засноўваецца часткова на выпадках пасьляопэрацыйнай сьмерці пры захворваньнях, якія па сутнасьці не пагражаюць жыцьцю. І разьвязаньне вышэйпамянёнай задачы магчыма ў двох кірунках: індывідуальная ўдасканаленасьць кожнага паасобнага хірурга, а з другога боку —стварэньне такіх соцыяльных умоў, якія гарантавалі-б дастатковасьць удасканаленасьці ўрачоў у хірургічным майстэрстве, скарыстаньне найбольшай спрактыкаванасьці ў спэцыяльных галінах.

Паколькі мы ўстанаўляем факт, што адным з фактараў хірургічнай сьмяротнасьці можа быць сама опэрацыя, дык павінны вымагацца дадатковыя гарантыі правільнага хірургічнага лячэньня. Інакш кажучы, права рабіць опэрацыі павінна давацца толькі асобам, якія атрымліваюць спэцыяльную падрыхтоўку, і гэты момант павінен строга рэгулявацца і рэглямэнтавацца ў заканадаўчым парадку, а не прадастаўляцца толькі тым „фактычным суадносінам сіл", часамі беспарадкавым, якія рэгулююць гэта пытаньне ў нашым соцыяльным організьме ў сучасны момант.

У сувязі з такім вялікім значэньнем памылак, узьнікае пытаньне аб „спрактыкаванасьці", як фактары, які зьмяншае хірургічную сьмяротнасьць. Даводзіць гэта—наўрад ці трэба; абмяжуюся ілюстрацыяй гэтага значэньня некалькімі лічбамі.

Ляўсон-Тэйт (1888 г.) паведаміў што, на першую тысячу ляпоратомій ён меў 9,2 проц. сьмяротнасьці, на другую тысячу —5,3 проц.

Карахан (Барцэлена) падае такія лічбы: пры рээкцыі страўніка з прычыны язвы яго ён меў:

у 1927 г. на 24	опэрацыі	16,6	проц.	сьмяротнасьці
у 1928 г. „ 24	„	12,5	„	„
у 1929 г. „ 34	„	8,82	„	„

Оппэль на 100 эпінэфрэктомій меў 8 сьмярцей: на першыя 50 опэрацый 6 сьмярцей, на другія 50 опэрацый 2 сьмерці.

Цікавымі зьяўляюцца некаторыя лічбы пра простатэктоміі (я ўжо паказваў іх вышэй).

Фрэйер меў на першыя	45	выпадкаў	11	проц.	сьмяротнасьці.
на наступныя	110	„	10	„	„
„	170	„	9,4	„	„
„	203	„	8,0	„	„
„	322	„	7,5	„	„
„	200	„	4,24	„	„
Юнг на першыя 20 выпадкаў простатэкт. меў			0	„	„
на наступныя	50	„	4	„	„
„	185	„	3,7	„	„
„	229	„	3,0	„	„
„	103	„	0,0	„	„

Надлобкавая простатэктомія:

Сярэдні процант сьмяротнасьці	Аўтары з вялікім вопытам	З малым вопытам:
12,2 проц.	7 проц.	14,9 проц.
8,3 „	3,7 „	8,2 „

У той час, як сярэдні процант сьмяротнасьці пры раку кішак роўны 24,5 проц., а вышэйшы яшчэ большы, *Мэйо* (257 выпадкаў) дае 16 проц., *Фінкельштэйн*—20 проц.

Найбольш рэзка, мабыць, значэньне спрактыкаванасьці выяўляецца ў хірургіі пухлін мазгоў. У той час, як вопыт звычайнага хірурга ў гэтай галіне зусім невялікі, а ў іншых абмяжоўваецца дзесяткамі выпадкаў, у такіх корыфэяў, як *Эйзэльсбэрг*, *Дэндзі*, *Кешынг* і г. д. ён складаецца з сотняў выпадкаў.

Дэндзі з 1920 г. да 1925 г. опэраваў 509 пухлін мазгоў; *Кешынг* меў 1088 выпадкаў; *Эйзэльсбэрг* (1922 г.)—318 выпадкаў.

Вынікі і выяўляюцца. Калі параўнаць лічбы *Кешынга* (ад 8,4 проц. да 16,3 проц. пры найбольш цяжкіх выпадках) з тымі, якія паданы мною ў разьдзеле пра пухліны мазгоў, дык мы бачым вялізарную розьніцу. Вельмі цікавай зьяўляецца у тэй-жа галіны маленькая даведка *дэ Мартэль*—справа ідзе пра пухліны вобласьці слыхавага нэрва:

у першай сэрыі 7 выпадкоў— 7 сьмярцей
„ другой „ 9 „ — 4 „
„ трэцяй „ 21 „ — 2 „

Пераканальнасьць паданых мною прыкладаў зьяўляецца дастатковай, і няма патрэбы павялічаць іх колькасьць.

Я паказаў вышэй на лічбовым матэрыяле, значэньне спрактыкаванасьці ў сэньсе зьмяншэньня пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. Выяўленьне паасобных спэцыяльных галін, выключнае займаньне якімі дае вынікі шмат лепшыя, як сярэднія лічбы,— патрабуе адпаведнага вываду: апошні заключаецца ў прызнаньні права грамадзянства за такой спэцыялізацыяй і культываваньні яе. Пытаньне гэта, бязумоўна, ня лёгкае для поўнага разьвязаньня. Галоўных супярэчаньняў можа быць два: шкоднасьць спэцыялізацыі наогул і звужваньне горызонтаў хірурга пры вылучэньні з хірургіі раду галін. Мне здаецца, аднак, што абодвы гэтыя меркаваньні наўрад ці зьяўляюцца істотнымі. Гэтыя меркаваньні выказваліся і ў свой час—пры аддзяленьні ад хірургіі шмат якіх спэцыяльнасьцяй, якія цяпер зьяўляюцца паасобнымі багатымі дысцыплінамі. Шкоднасьць спэцыялізацыі (што можна цяпер гаварыць і ў адносінах да існуючых спэцыяльнасьцяй), трэба кампэнсаваць іншымі спосабамі; указаньне на малую велічыню галіны, якая падлягае вылучэньню, таксама ня можа зьяўляцца перашкодаю для рэалізацыі гэтага пляну. Між іншым, кожны хірург на аснове сваёй практыкі можа падцьвердзіць вялізарнае значэньне колькасьці таго матэрыялу, які пра-

ходзіць праз яго рукі. Саматужніцтва ў адказных хірургічных выпадках наўрад ці зьяўляецца нашым ідэалам, а між іншым, яго нельга ўнікнуць, калі матэрыял хірурга абмяжоўваецца невялікімі лічбамі. З другога боку ёсьць галіны, якія патрабуюць спэцыяльнага паглыбленьня. Зразумела, ажыцьцяўленьне гэтага ня можа быць хуткім, але мне здаецца, што гэта пытаньне павінна быць пастаўлена ў програму дня. Выдаляць злаякасныя новаўтварэньні можа, зразумела, кожны хірург, аднак, ня прыходзіцца сумнявацца, і гэта вядома з практыкі, што найлепшыя вынікі будуць дасягацца толькі ў тых установах, дзе, па-першае, хірург спэцыялізуецца ў гэтых опэрацыях, а па-другое, мае магчымасьць лячыць рак усімі іншымі сучаснымі спосабамі, апрача опэрацыі.

Значэньне спрактыкаванасьці ў справе лячэньня раку, можна паказаць хоць бы на такім малым прыкладзе: пры нерадыкальнай опэрацыі раку грудной залозы: на 7.029 выпадкаў праз 3 гады засталося жывымі 29,2 проц., а пры радыкальнай опэрацыі раку грудной залозы—на 8.921 выпадак праз 3 гады засталося жывымі 43,2 проц.

Справа лячэньня тубэркулёзу толькі тады пайшла шпаркім тэмпам, клі яна перайшла ў спэцыяльныя ўстановы і спэцыяльная організацыі; у яшчэ большай меры гэта патрабаваньне магчыма ў адносінах да злаякасных новаўтварэньняў. Павінны быць створаны магутныя онколёгічныя інстытуты з усімі сучаснымі мэтодамі лячэньня, з шырока разьвітай дапаможнаю дыспансэрнаю сеткаю і тады пытаньне лячэньня будзе выведзена з таго стану саматужніцтва, у якім яно знаходзіцца ў сучасны момант. З прычыны таго, што лік падлягаючых лячэньню хворых ня зьменіцца ад перамяшчэньня і концэнтрацыі ложкаў у ракавых інстытутах, дык і з экономічнага пункту гледжаньня гэта рэформа апраўдвае сябе, а ея эфэктыўнасьць стаіць па-за сумненьнямі. Зьмены, якія адбываюцца ў апошні час у сэньсе разьвіцьця сродкаў перамяшчэньня, адхіляе нязручнасьці тэрыторыяльнага характару. Зразумела, ажыцьцяўленьне ўсёй гэтай сыстэмы ня так лёгка і проста, але пэўныя прынцыповыя погляды на гэта павінны быць добра засвоены для руху па паказаным вышэй шляху.

Задачай майго нарысу ня можа быць ўказаньне на іншыя галіны, падлягаючыя вылучэньню ў спэцыяльныя ўстановы. Мабыць, у будучыні гэта будзе справаю асобных навукова-хірургічных організацый. Але ўжо цяпер можна гаварыць пра такія

асобныя аддзелы, як хірургія нэрвовай сыстэмы, грудной поласьці, лячэньне і далечваньне траўм і т. д. Вынікі лячэньня значна палепшыліся-б, а пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць зьнізілася-б пры вылучэньні гэтых спэцыяльных галін. Такім чынам, пытаньне аб скарыстаньні спрактыкаванасьці ў інтарэсах хворых было-б перанесена з галіны індывідуальных спроб у галіну сыстэматычнага правядзеньне адпаведнага організацыйнага пачатку.

У сувязі з гэтым самым пытаньнем трэба зьвярнуць увагу на наступны факт. Пры агульным зьмяншэньня пасьляопэрацыйнай і—значыць хірургічнай—сьмяротнасьці—трапляюцца лічбы, якія паказваюць павялічэньне яе ў паасобных галінах.

Штых на вялізарным матэрыяле—32 тысячы опэрацый за 14 год (1912-1926 г. г.) вымушан быў канстатаваць паступовае павялічэньне лічбаў пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці ад 2,2 проц. да 3,9 проц. (павялічэньне амаль у 2 разы).

Гады	Пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць	Гады	Пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць
1912	2,2 проц.	1920	3,6 проц.
1913	3,1 „	1921	3,5 „
1914	2,3 „	1922	3,6 „
1915	2,7 „	1923	3,5 „
1916	2,7 „	1924	3,1 „
1917	2,6 „	1925	3,9 „
1918	2,2 „	1926	3,9 „
1919	2,2 „		

Джыбсон даў такія лічбы: у 1913-1919 г. г. пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць была роўная 4 проц., а ў 1919-1927 г. г.—4,6 проц. Ён тлумачыць гэта нарастаньне процанту сьмяротнасьці тым, што ў апошні час мы маем больш цяжкія выпадкі і больш радыкальныя опэрацыі. Такое-ж па сутнасьці тлумачэньне дае і *Штых*. Надзвычайна карысна ведаць яшчэ некаторыя лічбы, датычныя вельмі пашыраных хвароб.

Возьмем апэндыцыт. Тут нам пападаюцца такія лічбы:

У Германіі (на 10.000 насельніцтва) сьмяротнасьць была:

	Мужчын	Жанчын
У 1913 г.	0,7	0,5
„ 1926 „	0,8	0,6

Італія (на 10.000 насельніцтва) сьмяротнасьць: у 1924 г. 0,31, у 1925 г. 0,34 і ў 1926 г. 0,36.

Вільліс (Амэрыка на 10.000 насельніцтва).

У 1901-1905 г. г.	1,1	У 1916-1919 г. г.	1,24
„ 1906-1910 „ „	1,12	„ 1920 „	1,34
„ 1911-1915 „ „	1,21	„ 1921-1922 „ „	1,44

У *Джыбсона* ў 1913-1919 г. г. на 78 хворых вострым апэндыцытам было 4,3 проц. сьмярцей, а ў 1919-1927 г. г. на 990 хворых было 5,7 проц. сьмярцей.

Зварачальнасьць насельніцтва і сваячасовасьць гэтай зварачальнасьці наўрад ці зьмяніліся; цяжка ўявіць сабе большую злаякаснасьць цячэньня апэндыцыту. Ці не зьяўляецца прычынай гэтага вельмі вялікая пашыранасьць опэрацыі, дзякуючы чаму пачынаецца захапленьне ёю, недастаткова ўмелае опэраваньне і т. д.?

Калі мець на ўвазе лічбы *Вале*, дык атрымліваецца ўражаньне, што ад пашырэньня опэрацыйнай эры процант сьмяротнасьці павялічыўся.

Вале на 55.891 выпадак меў:

да 1890 г. (опэрац. эры)	6,6 проц.
1890-1900 г. (пачатак опэрац. эры) . .	7,8 „
1901-1908 „	6,5 „

Сьмяротнасьць павялічвалася да таго часу, пакуль ня выпрацавалася пакаленьне хірургаў, якія азнаёміліся з опэрацыяй, і ў выніку далі зьмяншэньне проценту сьмяротнасьці.

Цікава далей, што паводле даных *Вільліса*, гэта павялічэньне сьмяротнасьці датычыцца ня толькі апэндыцыту, але закранае і іншыя галіны, з якіх ён адзначае язву страўніка, захворваньні жоўцевых шляхоў і вальляк. Зусім зразумела, што вышэйпаданае тлумачэньне можа быць цалкам аднесена і да гэтых хвароб.

Сьмяротнасьць пры жоўцевых хваробах наогул на 100.000 насельніцтва:

Амэрыка—Вільліс	1901-1905 г. г. . . .	2,2 проц.
„ „	1906-1910 „ . . .	2,8 „
„ „	1911-1915 „ . . .	3,1 „
„ „	1916-1919 „ . . .	3,3 „
„ „	1920 г. „ . . .	3,6 „
„ „	1921-1922 „ . . .	3,9 „

Гэтым зборным лічбам адпавядаюць даныя *Джыбсона* з аднэй больніцы:

У 1913-1919 г. г. на 179 выпадкаў было 6,7 проц. сьмярцей, а ў 1919-1927 г. г. на 347 выпадкаў было 11,8 проц. сьмярцей.

Сьмяротнасьць ад вальляка наогул:
(на 100.000 насельніцтва)

Амэрыка	1901-1905 г. г.	. . .	0,8 проц.
„	1906-1910 „	. . .	1,3 „
„	1911-1915 „	. . .	1,6 „
„	1916-1919 „	. . .	1,8 „
„	1920 г.	. . .	1,9 „
„	1921-1922 „	. . .	2,8 „

(на 100.000 насельніцтва):

Амэрыка—	*Вільліс*	1901-1905 г. г.	. . .	2,9 проц.
„	„	1906-1910 „	. . .	3,6 „
„	„	1911-1915 „	. . .	4,0 „
„	„	1916-1919 „	. . .	4.1 „
„	„	1920 г.	. . .	3,9 „
„	„	1921-1922 „	. . .	5,0 „

Калі лічыць гэтыя лічбы правільнымі, дык мы маем, сапраўды, цікавы і разам з тым вельмі трывожны факт—павялічэньне сьмяротнасьці ад некаторых хвароб амаль у два разы. Нельга думаць пра павялічэньне цяжкасьці захворваньня, для гэтага няма ніякіх падстаў, і калі лічыць, што гэта павялічэньне сьмяротнасьці мае сувязь з шырокаю хваляю хірургічных умяшаньняў пры даных хваробах—дык выходзіць, што і меншы пэўны спосаб лячэньня—опэрацыі—павялічвае сьмяротнасьць ад вядомай хваробы. Зусім магчыма, што ў гэтым меркаваньні ёсьць частка сапраўднасьці. Не заўсёды пашыранасьць опэрацыйнага лячэньня бывае злучана з дастатковай да яго падрыхтаванасьцю. Трэба каб прайшоў пэўны час, пакуль выпрацуюцца такія кадры хірургаў, якія будуць стаяць поўнасьцю на вышыні хірургічных дасягненьняў і магчымасьцяй нашай эпохі. Магчыма, што гэта адпаведнасьць паміж паказаньнямі да хірургічнага ўмяшаньня і здольнасьцю яго выкананьня не захоўваецца ў патрэбнай меры і ў выніку мы сапраўды маем пэрыод, калі сьмяротнасьць павялічваецца.

Калі опэрацыя пачынае пашырацца, дык яе пачынаюць рабіць шмат такіх хірургаў, якія яшчэ не ўладаюць дастатковым вопытам і тэхнікай; вось чаму, мабыць, і бывае падобны фэномен, які разам з тым павінен прымусіць нас задумацца. Зьвярну ўвагу на словы *В. У. Разумоўскага*, які пісаў у 1927 г.: „Калі опэрацыі стомій толькі пачыналіся (80-90 г.г.), памылак было шмат."

Гэтыя памылкі—свайго роду „плата за навуку", адмоўная фаза, якую хірургіі даводзіцца пераважываць, і гэты пункт не павінен заставацца не асьветленым. Усё гэта зноў прыводзіць нас да вывадаў, пра якія я ўжо гаварыў вышэй.

Нарэшце, што-ж мы можам адказаць на тыя два пытаньні, якія мы паставілі ў пачатку гэтага разьдзелу?

Ці мае ўплыў сама опэрацыя, як такая, на хірургічную сьмяротнасьць? У $^3/_4$ выпадкаў хворы памірае, хоць і зроблена опэрацыя: сама хвароба або запушчанасьць яе зьяўляецца прычынай сьмерці. У $^1/_4$ выпадкаў (зразумела ў грубых лічбах) опэрацыя стварае ўмовы, якія спрыяюць сьмерці хворага. Гэтыя ўмовы—або зусім нечаканыя і непрадбачаныя ускладненьні—самая нязначная колькасьць выпадкаў, або ускладненьні, якія ў аснове сваёй узьнікаюць з запушчанасьці выпадку, або памылкі хірурга. Такім чынам, асноўныя шляхі змаганьня з пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьцю два: своечасовасьць хірургічнага ўмяшаньня і палепшаньне вопыту хірурга. Апошняга можна дасягнуць рацыяналізацыяй хірургічнай працы і больш правільным разьмеркаваньнем хірургічнага матэрыялу, г. зн. мерапрыемствамі социяльнага парадку.

Г. БІОЛЁГІЧНЫЯ ФАКТАРЫ ХІРУРГІЧНАЙ СЬМЯРОТНАСЬЦІ.

У гэту групу фактараў хірургічнай сьмяротнасьці я ўключаю аналіз такіх момантаў як пол, узрост і канстытуцыя.

Уплыў полу.

Фактар полу ў хірургічнай сьмяротнасьці, мабыць, вялікага значэньня ня мае. Лічбы агульнай захворвальнасьці гавораць рознае. Напр., лічбы Германіі (за выключэньнем апошніх гадоў вайны і першых гадоў міру) паказваюць пераважаньне захворвальнасьці мужчын.

Германія. Лік хворых на 100 чал. насельніцтва.

	Мужчын	Жанчын
1913 г. . .	42,9	30,0
1914 „ . .	38,2	27,8
1915 „ . .	28,1	25,9
1916 „ . .	29,3	30,3
1917 „ . .	33,2	33,1
1918 „ . .	34,5	37,7
1924 „ . .	42,8	39,2
1925 „ . .	50,0	45,2
1926 „ . .	51,5	46,9

Паводле матэрыялаў Смулевіча на Беларусі за 4 гады зарэгістравана 275.237 зьвяртаньняў хворых мужчын і 292.112—жанчын, што на 1.000 чалавек кожнага полу складае для мужчын—881, для жанчын—913. Для застрахаваных гэты стасунак таксама зьмяняецца ў бок пераважаньня жанчын.

Захворвальнасьць застрахаваных па полу:

(СССР) на 100 страхаваных кожнага полу

	М.	Ж.
1924/25 г.г. . .	70,8	71,2
1925/26 г.г. . .	82,5	86,2
1926/27 г.г. . .	77,2	80,7

Які гэты стасунак паміж поламі ў хірургічных хворых,—сказаць цяжка, бо я нідзе ня мог знайсьці такіх лічбаў. Але некаторыя ўзбочныя паказаньні прымушаюць меркаваць, што сярод хірургічных хворых мужчын больш. Гэта падцьвярджаецца і тэй акалічнасьцю, што ў цэлым радзе справаздач хірургічных аддзяленьняў лік жанчын менш, як мужчын. На падставе справаздач 7 хірургічных аддзяленьняў (дзе ёсьць падзел на мужчын і жанчын) я адзначыў на 6.012 мужчын 3.648 жанчын. Гэта можа сьведчыць і аб тым, што хірургічная захворвальнасьць жанчын меншая, і аб тым, што яна больш лёгкая, бо госьпіталізуюцца, зразумела, толькі больш цяжкія хворыя. Далей, у хірургічных аддзяленьнях мы звычайна маем большую колькасьць мужчынскіх ложкаў, як жаночых. Зразумела, сьцьвярджаць, што колькасьць ложкаў адпавядае колькасьці хворых—цяжка, але як відаць, яна да пэўнай ступені адлюстроўвае агульнае становішча справы. Тое самае зьявішча адзначаецца і ў мяне ў клініцы.

Калі я зьвярнуся да свайго матэрыялу, у сэньсе разьмеркаваньня яго паводле полу, дык атрымаю такія даныя (бяру ня ўсё, а частку іх):

	Мужчын	Жанчын.
Паражэньне чэрапу . . .	146	38
„ твару . . .	90	42
„ шыі . . .	38	68
„ грудзей . .	111	86
„ хрыбетніка . .	38	12
„ страваходу . .	16	5
„ страўніка . .	164	34
„ печані . . .	11	36
„ кішочніка . .	82	27

		Мужчын	Жанчын
Паражэньне	кутніцы . .	170	57
„	канцавін . .	432	184
„	мачавых органаў	222	73
„	апэндыцыт . .	441	326
„	грыжы . . .	538	98
		2.493	1.150

Стасункі, якія атрымліваюцца на маім матэрыяле, прыблізна такія самыя, як і ў 7 памянёных мною справаздачах.

Ёсьць указаньні, што ў сувязі з большай захворвальнасьцю, хірургічных сьмярцей больш у мужчын, пропорцыянальна іх колькасьці. Але калі паставіць другое пытаньне—пра коэфіцыент сьмяротнасьці—дык на яго я пэўнага адказу даць не магу. Хоць можна знайсьці ў розных матэрыялах указаньні на тое, што хірургічная сьмяротнасьць у мужчын большая—адпаведна таму, што сьмяротнасьць у мужчын наогул большая, як у жанчын. Але цяжка сказаць, ці зьяўляецца ў гэтым большым коэфіцыенце летальнасьці рашаючым фактарам пол, або іншыя моманты, што знаходзяцца ў сувязі з полам, як напр., профэсіянальны (скажам—у траўматычнай сьмяротнасьці) і г. д.

У справаздачы *Перальмана* (1923 г. 2-я Менская Савецкая больніца) стасунак ліку хворых мужчын да жанчын 2:1, а стасунак ліку памершых мужчын да памершых жанчын—3:1. Намёк на гэта я знайшоў у справаздачы аднаго ангельскага госьпіталю, дзе сьмяротнасьць мужчын складала 4,7 проц.,а жанчын —3 проц.

Калі мы, апрача агульных лічбаў, зьвернемся да некаторых дэталяй дык можна адзначыць наступнае:

У групе аномалій мы маем, магчыма, нязначную перавагу жанчын у сэньсе наогул захворвальнасьці. Гэта дэмонструецца масавымі лічбамі Германіі.

	Мужчын	Жанчын
1923 г.	4.219	4.627
1924 „	4.659	4.900
1925 „	5.822	5.942
1926 „	6.223	6.779

У хірургічнай захворвальнасьці прэваляваньне, як відаць, атрымліваецца на боку мужчын, з прычыны вялікай групы аномалій мачапалавых аномалій (крыптохізм, гіпоспадыя, фімоз і т. д.). Так, у мяне на 67 выпадкаў розных хірургічных аномалій—такіх было 21, г. зн. 30 проц. Бяз іх мужчын было—20, жанчын 26, але з імі разам мужчын—41 чал.,—жанчын 26.

У сэньсе розьніцы ў сьмяротнасьці я асаблівых указаньняў зрабіць не магу, апрача ўказаньня на агульнае ўражаньне, што жанчыны больш выносьлівыя.

Пераважаньне сьмяротнасьці ў мужчын з прычыны аномалій адзначае і італьянская статыстыка (1926 г.), дзе на 1.602 сьмерці ў мужчын было— 1.331 сьмерць—у жанчын.

У групе пашкоджаньняў мы маем, бязумоўна, пераважаньне мужчын у сэньсе захворвальнасьці. Так у СССР (1925 г.) мы маем 23,4 проц. хворых ад пашкоджаньняў мужчын і 9,2 проц.—жанчын. Да гэтага я яшчэ магу дадаць лічбу суадносін пры траўме паміж мужчынамі і жанчынамі атрымануюю на матэрыяле маёй клінікі—3,5:1; суадносіны гэтыя-ж па Менску (*Смулевіч*)—2:1.

Гэта тлумачыцца, як відаць, тым, што агульныя лічбы датычацца пераважна лёгкіх пашкоджаньняў, а ў клініку пападаюць больш цяжкія выпадкі.

Сьмяротнасьць ад пашкоджаньняў большая ў мужчын.

Італія. Сьмяротнасьць у 1926 г. (абсолютныя лічбы): 9.521 мужчына і 3.138 жанчын.

У Германіі сьмяротнасьць на 10.000 насельніцтва была:

	Мужчын	Жанчын
1913 г.	6,1	1,6
1926 „	6,0	1,6

Мы бачым і тут прыблізна тыя-ж самыя суадносіны—3:1 (крыху больш), які паданых, датычных сьмяротнасьці ад пашкоджаньняў на Беларусі: калі захворвальнасьць знаходзіцца ў стасунку 2:1 дык сьмяротнасьць—3:1 (448 мужчын і 145 жанчын—паводле *Смулевіча*).

Зразумела, гэтыя моманты знаходзяцца ў пэўнай залежнасьці ад соцыяльных фактараў: мужчыны больш падпадаюць траўмам і прытым больш цяжкім траўмам, з прычыны чаго і больш паміраюць. Якіх-небудзь біолёгічных момантаў у большай сьмяротнасьці мужчын ад пашкоджаньняў я знайсьці ня мог. Дзьве ніжэй зьмешчаныя табліцы сьцьвярджаюць выказаную думку.

На падставе германскіх лічбаў за 4 гады можна казаць пра такія адносіны:

	Мужчын	Жанчын	
Вытненьні	167.204	27.600—	6:1
Зломы чэрапа	25.111	4.487—	5:1
„ хрыбетніка	7.265	1.771—	4:1
„ рук	61.401	23.423—	2,8:1
„ ног	110.110	41.882 -	2,6:1
Апёкі	22.343	11.617—	2:1

Значэньне профэсіянальнага моманту ў пытаньні пра сьмяротнасьць у мужчын і жанчын вельмі добра дэманструецца такімі лічбамі (Германія 1926 г.):

	Мужчын	Жанчын
апёк выклікаў сьмерць . . .	711	612
агнястрэльныя параненьні . .	295	58
пашкоджаньні машынамі. . .	446	48
іншыя цяжкія кантузіі . . .	1153	44

У групе запаленьняў, якая складаецца з вельмі рознастайных захворваньняў, такой аднастайнасьці, як у групе траўмаў, мы не сустракаем.

З ліку запаленьняў органаў жывата зварочвае на сябе ўвагу апэндыцыт—сваёй частасьцю. Хто часьцей паражаецца апэндыцытам—мужчыны ці жанчыны? Даўней пераважаў погляд, што на апэндыцыт хварэюць пераважна мужчыны. Такой, напр., зьяўляецца думка *Растоўцава* (1919 г.). Але нашы даныя гавораць пра іншае. Напр., у мяне на 837 выпадкаў было 441 мужчына і 396 жанчын; але ў *Мартынава*—534 жанчыны і 292 мужчын; у Тыфліскай клініцы—151 мужчына і 399 жанчын. Але найбольш пераканальны ў гэтых адносінах вялікія германскія лічбы:

	Мужчын	Жанчын
1923 г.	40.546	47.296
1924 г.	51.516	58.509
1925 г.	69.300	77.745
1926 г.	73.513	83.101

Але паказальнік сьмяротнасьці ад апэндыцыту, нібы большы ў мужчын. Паасобныя паказаньні старых аўтароў не адзначаюць розьніцы ў гэтым сэньсе (*Эйнгорн*: 55 м., 57 ж.). Тут аднак самыя лічбы нязначныя. Але за тое мы маем такія даныя:

Італія. 1926 г.

У абсолютных лічбах памерла ад апэндыцыту:

м. 817, ж. 623 (стасунак 4:3).

Германія. На 10.000 насельніцтва памерла ад апэндыцыту:

	Мужчын	Жанчын
у 1913 г.	0,7	0,5
„ 1926 „	0,8	0,6

З такіх вялікіх лічбаў, можна мабыць, зрабіць вывад, што процант сьмяротнасьці ад апэндыцыту для мужчын крыху большы. На Беларусі таксама за 1925 г. ад апэндыцыту памерла 31 мужчына і 18 жанчын.

Запаленьні печані і жоўцевых шляхоў сустракаецца начна часьцей у жанчын. Гэты агульнавядомы факт можна падцьвярдзіць яшчэ раз вялікімі лічбамі. Германія за 4 гады на 49.400 м. з гэтымі хваробамі было 119.418 жанчын (1:2,5). У сувязі з гэтым фактам цікава, што ў Італіі за 1926 г. ад захворваньняў жоўцевых шляхоў памерла амаль аднолькавая колькасьць мужчын і жанчын: 1.456 і 1.627. З гэтага таксама можна зрабіць вывад, што, хоць захворвальнасьць у мужчын меншая, але сьмяротнасьць ад жоўцевых хвароб большая.

Пэрытоніты часьцей бываюць у жанчын, зразумела, таму, што тут у этыолёгіі вялікае значэньне набываюць жаночыя палавыя органы, але паводле маіх назіраньняў хірургічныя пэрытоніты часьцей бываюць у мужчын і больш цяжка працякаюць у апошніх.

Пляўрыты паводле германскіх даных, часьцей бываюць у мужчын (46.229) як у жанчын (30.349). У маім матэрыяле з гнойнымі пляўрытамі было 31 мужчына і 22 жанчыны. За 1926 г. італьлянская статыстыка паказвае такую сьмяротнасьць: 11.815 м. і 12.227 ж. Хваробы скуры і падскурнай клеткавіцы, якія ў сваёй вялізарнай масе зьяўляюцца сэптычнымі захворваньнямі, паражаюць пераважна мужчын. Гэта ілюструюць германскія лічбы: запаленьні скуры—237.011 м. і 109.823 ж. Калі дапушчаць, што сьмяротнасьць аднолькавая, дык мужчын павінна паміраць абсолютна больш; звычайна-ж пры запаленьнях бывае так, што сярод больш частых запаленьняў назіраецца і больш цяжкіх, таму я думаю, што і адносна больш памірае мужчын.

Паражэньні касьцей і суставаў таксама бываюць часьцей у мужчын.

	Мужчын	Жанчын
Германія 1923-1926 г. г.		
Паражэньні касьцей	69.501	39.811
„ суставаў	94.638	66.213

СССР 1925 г. паражэньні касьцей і суставаў у застрахаваных у проц. 5,2 проц. мужчын, 3,4 проц. жанчын.

На маім матэрыяле сярод загінуўшых ад сэптычных працэсаў, флегмон, остэоміэлітаў—памерла больш мужчын, як жанчын.

Пухліны паражаюць пераважна жанчын, але гэта сумная перавага залежыць толькі ад палавых органаў. Калі іх ня лічыць, дык перавага будзе на баку мужчын.

Агульныя лічбы даюць наступны малюнак:

	Мужчын	Жанчын
Германія 1923-1926 г. г.		
Добраякасныя пухліны	36.660	96.785
Злаякасныя	81.262	140.692

Тлумачэньні да гэтай табліцы могуць даць лічбы *Бабука*. На 1.025 выпадкаў пухлін (б. Менская земская б-ца за 20 год) ён мог констатаваць, што ў мужчын было 472, а у жанчын—553 пухліны. Але пры гэтым пухлін палавых органаў было ў мужчын —13, у жанчын—327. Таму калі ўзяць пухліны без палавых органаў, дык мы атрымаем пераважаньне іх ў мужчын (мужчын—454; жанчын—222.)

Такім чынам, можна лічыць, што ў хірургічных аддзяленьнях злаякасных пухлін больш у мужчын.

Сьмяротнасьць ад злаякасных пухлін паводле германскіх лічбаў на 10.000 насельніцтва такая:

	Мужчын	Жанчын
У 1913 г.	7,4	8,9
„ 192• „	9,6	11,4

Італія 1926 г. дае сьмяротнасьць: 10.764 м. і 11.784 ж. Сьмяротнасьць у жанчын большая з прычын зазначаных вышэй момантаў. Наогул-жа закону сьмерці пры злаякасных пухлін падлягаюць аднолькава абодвы полы.

З групы хвароб жаўленьня, я спынюся на наступных момантах.

Язва страўніка ў хірургічных аддзяленьнях пападаецца часьцей у мужчын, як у жанчын. Вялізарныя германскія лічбы даюць —на 109.543 м.—60.514 ж.; хірургічныя больніцы даюць яшчэ больш рэзкую пропорцыю. Так у маім матэрыяле на 86 проц. мужчын, было толькі 14 проц. жанчын (110 выпадкаў); з 18 выпадкаў язвы дванаццаціпалай кішкі—усе былі мужчыны. Паралельна захваравальнасьці ідзе і сьмяротнасьць. Так, паводле даных *Смулевіча* на 57 выпадкаў сьмерці ад язвы ў мужчын, было толькі 13 выпадкаў у жанчын. У Італіі (1926 г.) памерла ад язвы страўніка 1.0?8 м. і 533 ж. На Беларусі паказальнік сьмяротнасьці ад хвароб страўніка наогул (апрача раку) для—м. 1,8—для ж.—0,7. Ілеус і зашчэмленая грыжа, вырываюць з жыцьця пераважна мужчын; захваравальнасьць мужчын большая.

Германскія лічбы даюць:

	Мужчын	Жанчын
ілеус	13.401	11.662
зашчэмленая грыжа . .	30.334	22.240

Але сьмяротнасьць у мужчын яшчэ большая. Паводле матэрыялаў *Смулевіча*, сярод сьмярцей ад *ілеуса* і зашчэмленай грыжы на 35 м. было 29 жанчын. У маім матэрыяле лік памершых ад ілеусу мужчын у 4 разы большы, як жанчын.

Вальляк дае відавочнае пераважаньне ў жанчын.

Германскія лічбы такія: м.—16.989, ж.—50.645. У маім матэрыяле м.—3, ж.—49.

Такім чынам, мы бачым, што мужчыны пераважаюць у групе зашчэмленых грыж, ілеусу, хвароб пузыра, больш значна пераважаюць у групах пляўрыта, язвы страўніка, вольных грыж; потым у групе траўм, захвораваньняў касьцей і суставаў, скуры і падскурнай клеткавіцы. Жанчыны нязначна пераважаюць у аддзеле аномалій, пэрытонітаў (лагвовыя жаночыя пэрытоніты), апэндыцыту, значна пераважаюць у групе злаякасных і—асабліва—дабраякасных пухлін, вальляка, жоўцевых захворваньняў.

Смулевіч падкрэсьлівае вялікую сьмяротнасьць мужчын ад хвароб органаў страваваньня, мачавых органаў і зьнешных траўм.

Таму я лічу магчымым высунуць такое палажэньне, што ад хірургічных хвароб абсолютна больш церпіць і адносна больш памірае мужчын, як жанчын. Не знаходжу, аднак, тут прычын біолёгічнага парадку і лічу, што гэта большая хірургічная сьмяротнасьць мужчын залежыць ад уплыву простага ці ўскоснога соцыяльных момантаў (профэсія, запусканьне хваробы і т. д.).

Уплыў узросту.

Фактар узросту ў сьмяротнасьці ад хірургічных захвораваньняў зьяўляецца асабліва цікавым, бо з рознымі ўзростамі злучаны і розны стан біолёгічных сіл організму, і розная ступень удзелу ў профэсіянальнай працы. На падставе шматлікіх лічбавых даных можна меркаваць, што сьмяротнасьць па ўзростах выводзіць сваю своеасабліваю крывую, значную ў першыя 5 год жыцьця—асабліва на першым годзе, якая потым паступова апускаецца з мінімумам у 10-15 год і далей зноў падымаецца з павялічэньнем узросту.

Я падам для ілюстрацыі некалькі лічбаў.

Паказальнік сьмяротнасьці па ўзростах у Маскоўскай губ. за 1899-1902 г. г.

	0-1	1-5	5-10	10-15	15-20	20-40	40-60	60 і больш
Зварачальнасьць (на 1.000 нас.	212,0	611,1	313,4	375,8	556,1	675,0	647,1	411,9
Сьмяротнасьць . . .	570,0	81,2	9,5	3,7	4,4	7,6	16,2	78,4
Памерла на 1.000 хворых	470,3	132,8	30,2	9,8	7,9	11,2	26,7	190,4

Захваравальнасьць ва ўзросьце 5-10 г. і 10-15 г. амаль аднолькавая, а сьмяротнасьць ва ўзросьце 10-15 г. меншая ў 2,5-3 разы.

Зьяўляецца вельмі характарнай крывая, даная *Смулевічам*, з якой добра відаць спад к 10-15 гадам, і потым уздым.

Ня менш выразна тэндэнцыя прадстаўлена ў наступнай табліцы:

Сьмяротнасьць на 1.000 хворых

	Мужчын	Жанчын
да 1 г.	85,7	82,2
ад 1 да 4 „	37,6	36,2
„ 5 „ 9 „	13,2	11,1
„ 10 „ 14 „	5,5	3,9
„ 15 „ 19 „	4,4	4,4
„ 20 „ 29 „	6,2	4,4
„ 30 „ 39 „	7,2	7,6
„ 40 „ 49 „	14,1	11,0
„ 50 „ 59 „	34,6	20,6
60 і больш	109,4	105,6

Наступная табліца адносіцца да Беларусі і дае лічбы захворвальнасьці і сьмяротнасьці (у паказальніках).

Узрост	Захворвальнасьць	Сьмяротнасьць
да 1 г.	4,7	23,1
ад 1 да 4 „	8,5	18,1
„ 5 „ 9 „	4,9	3,4
„ 10 „ 14 „	9,2	2,4
„ 15 „ 19 „	12,1	3,1
„ 20 „ 29 „	29,7	9,1
„ 30 „ 39 „	13,8	5,9
„ 40 „ 49 „	7,6	5,5
„ 50 „ 59 „	4,8	7,7
„ 60 і больш	3,4	21,2

Усе гэтыя даныя дазваляюць *Кіршнэру* выказаць наступнае палажэньне: устойлівасьць організма павялічваецца ад нараджэньня з узростам, дасягае максымум к пэрыоду палавой дарослясьці і потым паступова зьмяншаецца аж да натуральнай сьмерці. На падставе гэтага *Кіршнэр* пабудаваў такую крывую ўстойлівасьці організма:

Узрост	Паказальнік
да 5 г.	86,5
ад 6 „ 10 „	97,1
„ 11 „ 15 „	98,1
„ 16 „ 20 „	96,6
„ 21 „ 30 „	95,5

Узрост	Паказальнік
ад 31 да 40 г. . . . . . . , . .	94,3
„ 41 „ 50 „	89,9
„ 51 „ 60 „	79,7
„ 61 „ 70 „	55,7

Мы можам лічыць, што гэта агульная тэндэнцыя сьмяротнасьці і закон узроставай устойлівасьці дапасавальны і да прыватнага выпадку—хірургічнага захворваньня.

Кіршнэр на двох паасобных прыкладах паказвае гэта. Ён дае процант сьмяротнасьці па ўзростах пры пэрытоніце і пры ілеусе.

Узрост	Пэрытоніт у проц.	*Ілеус*
да 5 г.	70	50 проц. (да 5 г. і ад 5 да 10)
ад 5 „ 10 „	32,6	
„ 11 „ 15 „	22,6	16,6 „ (ад 11 да 20)
„ 16 „ 20 „	40	
„ 21 „ 30 „	50	34,6 „
„ 31 „ 40 „	57,2	38,2 „
„ 41 „ 50 „	77,4	41,6 „
„ 51 „ 60 „	79,5	51,3 „
„ 61 „ 70 „	80,8	58,8 „
і больш „	—	64,3 „

Апрача агульнай устойлівасьці, у сувязі з узростам мы можам адзначыць яшчэ цэлы рад момантаў, якія маюць сувязь з паасобнымі групамі захворваньняў.

Аномаліі па зусім зразумелых прычынах выяўляюць свой згубны ўплыў пераважна ў першыя гады жыцьця. Паводле даных італьянскай статыстыкі, за 1926 г. з ліку ўсіх загінуўшых ад хібаў разьвіцьця—89,7 проц. памерла ў першы год; 9,5 проц.—да 10 гадоў, і на ўзрост ад 10 да 20 год застаецца 1,2 проц.

Аналіз пашкоджаньняў у сувязі з узростам дае некаторыя цікавыя дэталі. Італьянская статыстыка 1926 г. дае такое разьмеркаваньне сьмяротнасьці ад траўм на ўзростах:

да 1 году	2 проц.
„ 10 „	21,9 „
ад 10 да 20 г.	11,9 „
„ 20 „ 40 „	21,6 „
„ 40 „ 60 „	19,5 „
„ 60 і больш	19,6 „

Цікава зьвярнуць увагу ва вялікую лічбу сьмяротнасьці ва ўзросьце ад 1 да 10 год.

Да пэўнай ступені тое самае мы бачым у лічбах Германіі, дзе мы маем наступнае: узрост ад 1 да 5 год дае больш, як ад 5 да 15 год.

Германія 1926 г.	Абсолютныя лічбы		
	Мужчын	Жанчын	Разам
да 1 г.	284	181	465
„ 5 г.	1.547	961	2.508
„ 15 г.	1.477	494	1.971
„ 30 г.	5.248	745	5.993
„ 60 г.	6.682	1.091	7.773
больш 60 г.	2.878	1.796	4.674

Калі выразіць германскія даныя ў проц., дык мы атрымаем:

да 1 г.	2 проц.
ад 1 да 5 г.	11,7 „
„ 6 „ 15 „	8,4 „
„ 16 „ 30 „	22,5 „
„ 31 „ 60 „	34,3 „
ад 61 г. і больш	21,1 „

Як відаць, да 5 (10) г. такую вялікую лічбу даюць апёкі. Гэта можна давесьці тымі-ж германскімі лічбамі, дзе сьмяротнасьць ад апёкаў разьмяркоўвалася па ўзростах наступным чынам:

да 1 г.	88
ад 1 г. да 5 г.	699
„ 6 „ „ 15 „	103
„ 16 „ „ 30 „	149
„ 31 „ „ 60 „	153
больш 60 г.	131

г. зн. сьмяротнасьць ад апёкаў да 5 год дала большую лічбу (787 выпадкаў), як усе іншыя ўзросты, узятыя разам (536).

Калі, такім чынам, выключыць гэты ўзрост, як своеасаблівы, дык ясна відаць, што пераважны проц. сьмярцей прыпадае на ўзрост, які мы называем „рабочым“—ад 15 да 60 год. Гэты факт адразу ўказвае нам, што ў траўмах адыгрывае ролю не біолёгічны, а соцыяльны фактар. Гэта лёгка зразумець пры аналізе лічбаў германскай статыстыкі 1926 г.—сьмярцей ад траўм. Траўмы ва ўзросьце да 5 г. не даюць вельмі рэзкай розьніцы паміж мужчынамі і жанчынамі; гэта самае мы назіраем ва ўзросьце ад 60 год і больш—зразумела таму, што тут гэтыя траўмы больш-менш выпадковыя. Напр., ад пашкоджаньняў машынамі памірае ва ўзросьце ад 1 г. да 15 г.—мужчын—57,

жанчын—30 (2:1), а ад 15 да 60 г. мужчын—1.493, жанчын—47 32:1). Рубрыка „няшчасныя выпадкі“ дае такія лічбы:

для ўзросту	да 5 г.—	1.831 м.—	1.142 ж.	(1,6:1)
для ўзросту больш	60 г.—	2 831 „ —	1.783 „	(1,6:1)
„ „	15-60 г.—	11.930 „ —	1.836 „	(6:1)

Адмаўляць вялікую ўстойлівасьць пэўнага ўзросту, зразумела, нельга; але яна выяўляецца, галоўным чынам, у адносінах да перамаганьня аскладненьняў, якія ўзьнікаюць. Сама-ж траўма вырашае ў першую чаргу лёс хворага сваёй цяжкасьцю.

Запаленьні вярбуюць свае афяры з усіх узростаў. Апэндыцыт ае сьмяротнасьць пераважна да 50 г. (да 50 г.—83 проц. усіх сьмярцей, пасьля 50 год—17 проц., паводле даных *Вільліса*. Паводле італьлянскіх лічбаў—ва ўзросьце да 45 г. ад апэндыцыту памірае больш, як ад раку. Максымум сьмяротнасьці прыпадае на гады 20-40, пасьля гэтая сьмяротнасьць пачынае зьмяншацца.

Італьлянская статыстыка таксама дастаткова яскрава гэта падцьвярджае:

да 1 г.	0,7 проц.
ад 1 да 10	8,2 „
„ 10 „ 20	20,8 „
„ 20 „ 40	32,3 „
„ 40 „ 60	20,8 „
„ 61 і больш	16,0 „

Калі ад апэндыцыту людзі паміраюць галоўным чынам да 50 г., дык ад холецысцыту і холянгіту—пасьля 50 г. Гэта відавочна са статыстыкі *Вільліса*:

да 50 г.—32 проц. пасьля 50 г.—68 проц.

Жоўцева-каменная хвароба ўзьнікае звычайна ва ўзросьце параўнаўча маладым,—і ў людзей старэй за 50 г. адыгрываюць ролю ня толькі гады чалавека, але звычайна і запушчанасьць хваробы—яе доўгатэрміновасьць. Зварачаю таксама ўвагу на лічбы *Эндэрлена*, зьмешчаныя ў разьдзеле пры запаленьні жоўцевых шляхоў, дзе паказаны суадносіны паміж проц. сьмяротнасьці і павялічэньнем узросту. Італьлянская статыстыка таксама дастаткова пераканальна:

да 1 г.	5,5 проц.
да 1 да 10	5,6 „
„ 11 „ 20	1,7 „
„ 21 „ 40	13,4 „
„ 41 „ 60	29,4 „
„ 61 і больш	39,7 „

Даныя, датычныя *пэрытоніту*, мы паказалі вышэй (*Кіршнэр*), гэтыя лічбы сьведчаць ня толькі пра абсолютнае павялічэньне, сьмяротнасьці з павялічэньнем узросту, але і пра адноснае павялічэньне ліку афяр.

Пляўрыт дае нам прыклад захворваньня, дзе мала ўстойлівы ўзрост зьяўляецца амаль рашаючым фактарам. Я павінен спаслацца на лічбы, ужо зьмешчаныя ў разьдзеле пра пляўрыты. Асабліва паказальнымі зьяўляюцца італьянскія лічбы:

да 1 г.	5,3 проц.
ад 1 да 10	21,4 "
" 11 " 20	7,5 "
" 20 " 40	17,8 "
" 40 " 60	20,7 "
" 61 і больш	24,9 "

На пляўрыты хварэе даволі значная колькасьць людзей ва ўсіх узростах. Там-жа мною паказаны лічбы *Краснабаева*, якія гэта добра падцьвярджаюць: зноў мы бачым азначэньне старасьці і ўстойлівасьці другога дзесяцігодзьдзя жыцьця.

Ад остэоміэлітаў, як відаць, паміраюць таксама ў большасьці дзеці ва ўзросьце да 10 г.

Пра значэньне ўзросту для сьмяротнасьці ад пухлін гаварыць многа няма патрэбы; я спасылаюся на ўжо выказанае ў разьдзеле пра пухліны. Магу толькі дадаць лічбы італьянскай статыстыкі:

да 1 г.	0,1 проц.
ад 1 да 10	0,8 "
" 10 " 20	0,8 "
" 20 " 40	5,9 "
" 40 " 60	34,7 "
" 61 і больш	53,9 "

Як відаць, толькі 7,6 проц. паміраючых ад пухлін мае ўзрост ніжэй 40 г., астатнія вышэй 40 г., прычым палавіна хворых гіне ва ўзросьце больш 60 год. Паводле Вільліса, да 50 г.—гіне ад пухлін 23 проц., пасьля 50 г.—77 проц. Малады ўзрост паражаецца пухлінамі рэдка, але (што назіраецца ў клініках) ня мае асаблівай устойлівасьці ў адносінах да іх: наадварот, у маладых суб'ектаў пухліны працякаюць нібы асабліва злаякасна.

З ліку захворваньняў 5-й групы спынюся на грыжы, язьве страўніка, завараце, хваробах мачавых органаў. Мы ўжо зазначылі вышэй адносна грыжы, што доўгатэрміновасьць яе нашэньня мае сувязь з павялічэньнем небясьпечнасьці. Больш ста-

рыя людзі хутчэй паміраюць ад ускладненьняў пры зашчэмленасьці грыжы. Вось чаму зразумелы для нас амэрыканскія лічбы *Вільліса*, паводле якога сьмяротнасьць ад грыжы разьмяркоўваецца так, што да 50 г. памірае 48 проц., а пасьля 50 г.— 52 проц.

Язва страўніка, у моц тых-жа меркаваньняў, дае сьмяротнасьць пераважна таксама ў старыя гады. У статыстыцы *Вільліса* паказана 45 проц. сьмяротнасьці да 50 г., і 55 проц.—пасьля 50 г. Італьянская статыстыка дае наступныя, больш падрабязныя лічбы:

да 1 г.	0,2 проц.
ад 1 да 10	0,4 „
„ 10 „ 20	1,7 „
„ 20 „ 40	20,5 „
„ 40 „ 60	34,4 „
„ 61 і больш	40,3 „

Ілеус дае сьмяротнасьць пераважна пасьля 40 г., што відаць з наступнай табліцы:

Пецярбург 1897-1901 г. г.	сьмярцей ад ілеусу
ад 16 да 20 г.	5 выпадкаў
„ 21 „ 40 г.	51 „
„ 41 „ 60 г.	64 „
„ 61 і больш	27 „

Таксама рэзка абмалёўваецца роля старасьці ў сьмяротнасьці пры хваробах мачапалавых органаў. Італьянская статыстыка дае тут такія лічбы:

да 1 г.	1,4 проц.
ад 1 да 10	1,3 „
„ 10 „ 20	0,9 „
„ 20 „ 40	3,4 „
„ 40 „ 60	10,3 „
„ 61 і больш	63,4 „

Рэзкае павялічэньне ва ўзросьце больш 60 г. адбываецца, як відаць, за лік гіпэртрофіі простаты. Значэньне ўзросту ў гэтым пункце я магу ілюстраваць данымі *Уотсона*, які пры вывучэньні 816 выпадкаў атрымаў сьмяротнасьць:

ва ўзросьце ад 49 да 59 г.	5,8 проц.
„ „ „ 59 „ 69 г.	9,5 „
„ „ „ 69 „ 79 г.	15 „
„ „ „ 79 „ 89 г.	33 „
„ „ больш 89 год	50 „

Цікавым зьяўляецца пытаньне пра хірургічную сьмяротнасьць у нованароджаных. Мы ведаем, што сьмяротнасьць бывае асабліва вялікай у першыя гады жыцьця дзіцяці, але якраз у гэтыя гады хірургічныя захворваньні дзяцей не зьяўляюцца частымі. Можна паказаць лічбы *Гайле*, які на 259 опэрацый у грудных дзяцей атрымаў 17 сьмярцей: проц. сьмяротнасьці—6 проц., г. зн. блізкі да процанту сьмяротнасьці дарослых.

Паводле італьлянскай статыстыкі вялікі процант сьмяротнасьці ў грудных дзяцей даюць хваробы органаў руху (остэоміэліт), потым пляўрыты і хваробы печані.

Да 10 г. больш за ўсё дзяцей гіне ад пляўрытаў, затым ад хвароб органаў руху (остэоміэліты), потым ад траўмы; апрача таго ў гэтым узросьце ўжо пачынае зьяўляцца апэндыцыт.

Ва ўзросьце ад 10 да 20 г. ёсьць толькі тры галоўныя ворагі: апэндыцыт, траўмы і нарэшце пляўрыт. Астатнія прычыны сьмерці прадстаўлены адзінкаю ды яе часткамі.

Узрост ад 20 да 40 г. дае значныя лічбы сьмяротнасьці ва ўсіх аддзелах. Найбольшую сьмяротнасьць у гэтым узросьце выклікае таксама апэндыцыт, пасьля траўмы, потым язва і зноў пляўрыт.

Пасьля 40 г. пачынаюць выяўляцца, як галоўны вораг, злаякасныя пухліны. Пасьля іх язва страўніка і печань. Наогул пасьля 40 г. значна ўзрастаюць усе лічбы. Пасьля 60 г. выступае новы фактар—захворваньні простаты; павялічваецца сьмяротнасьць ад злаякасных пухлін, язвы страўніка, печані, пляўрыту. Наогул усе прычыны сьмяротнасьці ўзрастаюць к 60 гадам, апрача апэндыцыту, які зьмяншаецца.

Якія-ж вывады мы можам зрабіць на падставе паданага матэрыялу, пра ўплыў такога фактару, як узрост?

За ўзростам трэба прызнаць значэньне магутнага фактару хірургічнай сьмяротнасьці. Узрост стварае асновы біолёгічнай устойлівасьці або няўстойлівасьці організма. Больш стары ўзрост, апрача паніжанай устойлівасьці, абумоўлівае сабою і больш доўгачасовае існаваньне хваробы, г. зн. яе запушчанасьць: усё гэта і стварае прадпасылкі да павялічэньня хірургічнай сьмяротнасьці ў паджылыя і старыя гады.

Значэньне констытуцыі.

Констытуцыя, як сума пэўных анатомічных і функцыянальных элемэнтаў, абумоўлівае рэакцыю організма на розныя раздражняльнікі, а з прычыны таго, што хвароба і хірургічнае ўмяшаньне зьяўляецца раздражальнікамі вельмі моцнымі, дык зусім

зразумелы той уплыў, які мае на хірургічную сьмяротнасьць такі фактар, як констытуцыя. Констытуцыя ёсьць адзін з тых момантаў, якія спрыяюць пэўнаму тыпу захворвальнасьці. У паняцьце констытуцыі ўваходзіць і такая адзнака, як доўгавечнасьць: ёсьць людзі і сем'і, для якіх сярэдні век—70 г., сем'і з сярэднім векам ад 60 да 70 г., і, нарэшце—менш 60 год. З гэтых заўваг выразна відаць вялізарнае значэньне такога фактару, як констытуцыя для хірургічнай сьмяротнасьці. Аднак, у практычным разьвязаньні гэтага пытаньня мы натыкаемся на тыя самыя цяжкасьці, як і ва ўсёй навуцы пра констытуцыі: знаходзячыся ў пэрыодзе папярэдняга зьбіраньня фактараў, мы яшчэ ня можам адказаць на цэлы рад натуральна ўзьнікаючых пытаньняў.

Калі абмежавацца разглядам тыпаў морфолёгічных, выходзячы з такіх паняцьцяў, як астэнічны, гіпэрстэнічны і сярэдні тып, дык можна даць толькі некаторы папярэдні нарыс зьвестак пра іх устойлівасьць і сьмяротнасьць.

Гіпэрстэнічны тып, злучаны часта з артрытызмам, хваробамі абмену, атлусьценьнем, фіброматозам і т. д., зьяўляецца ў шмат якіх выпадках тыпам малаўстойлівым і для хірургічных умяшаньняў мала падыходзячым. Асабліва выяўляюцца ўсе адмоўныя бакі гэтага тыпу ва ўзросьце больш 40 г.: усе сыстэмы якія падтрымліваюць біолёгічную ўстойлівасьць організма,—сэрца, судзіны, лёгкія, печань, ныркі—лёгка робяцца недастатковымі і прогноз у такіх хворых мы павінны вызначыць з вялікаю асьцярогаю. Горш за ўсё такія хворыя пераносяць опэрацыі ў брушной поласьці; яны выяўляюць вялікі нахіл да лёгачных ускладненьняў, тромбозаў, пасьляопэрацыйных паралюшаў кішок. Затлусьцелыя хворыя, і асабліва жанчыны, вельмі лёгка падпадаюць інфэкцыі. З другога боку, гіпэрстэнічны тып без паказаных вышэй дысплястычных расстройстваў констытуцыі, дае добрыя вынікі пры опэрацыйных умяшаньнях: такое ўражаньне атрымалася ў мяне, галоўным чынам ад опэраваньня салдатаў у часе імпэрыялістычнай вайны і сялян у мірны час. У мяне стварылася зусім пэўнае ўражаньне—значна большай выносьлівасьці і меншай сьмяротнасьці ў гіпэрстэнікаў гэтага тыпу параўнаўча з гараджанамі. Мне здаецца, што вялізарнае значэньне тут мае лепшы стан нэрвовай сыстэмы наогул і вэгэтатыўнай ў паасобку.

У адносінах да астэнікаў трэба адрозьніваць два ўзросты. Астэнікі больш маладыя няўстойлівыя ў сэньсе агульных жыць-

цёвых сіл, лёгкіх, судзіннай сыстэмы; дзейнасьць эндокрынных залоз недастаткова рэгулюецца і з прычыны гэтага тут могуць быць розныя нечаканасьці, як сьмерць на опэрацыйным стале і т. д.

Зусім іншая справа астэнікі больш старога ўзросту: адмоўныя бакі гэтага тыпу, дзякуючы ўзроставым зьменам, зьмякчаюцца і на першы плян выступаюць асаблівасьці, выгодныя для хірурга.

Ці можна на падставе гэтых некалькіх заўваг, зрабіць зусім пэўныя вывады, нават у адносінах да гэтых двох морфолёгічных тыпаў? Калі-ж уявіць сабе рознастайнасьць усіх тых умоў, якія ствараюць констытуцыянальны тып і апрача таго, узяць пад увагу такога рашаючага фактару, як зьнешняе асяродзьдзе, дык, зразумела, пакуль лепш адмовіцца ад спробы лічыць гэта пытаньне разьвязаным у сэньсе практычных вывадаў. Аднак, з усёй выразнасьцю трэба падкрэсьліць значэньне констытуцыянальнага моманту ў пытаньні пра сьмяротнасьць наогул і хірургічнай сьмяротнасьці ў паасобку.

Д. СОЦЫЯЛЬНЫЯ ФАКТАРЫ.

Калі мы недастаткова моцныя часам для змаганьня з момантамі біолёгічнага характару і калі прырода не так-та лёгка раскрывае нам свае таямніцы для пасьпяховага змаганьня з хваробамі, дык ёсьць галіна, у якой нашы спробы змаганьня са сьмяротнасьцю могуць даць значныя вынікі, і якая падлягае ў значнай ступені нашаму ўзьдзеяньню: гэта галіна соцыяльных фактараў хірургічнай сьмяротнасьці.

У папярэдніх разьдзелах, у шмат якіх мясцох, я адзначыў тыя соцыяльныя моманты, якія маюць уплыў на хірургічную сьмяротнасьць. Зноў спыняцца падрабязна на тых-жа самых пытаньнях—значыла-б толькі паўтарацца, і таму я абмяжуюся толькі кароткім рэзюмэ раськіданых у розных месцах заўваг.

Сьмяротнасьць, перш за ўсё залежыць ад захворвальнасьці, а захворвальнасьць у вельмі вялікай меры залежыць ад фактараў соцыяльнага парадку. Няма патрэбы іх пералічыць: прафэсія, жыльлёвыя ўмовы, экономічная забясьпечанасьць—усё гэта стварае глебу для тэй ці іншай захворвальнасьці і сьмяротнасьці. Мы гэта добра бачылі ў разьдзеле пра пашкоджаньні. Дастаткова паглядзець на самы звычайны проспэкт страхаваных арганізацый, для таго, каб пераканацца ў тым, які вялікі ўплыў мае профэсія на сьмяротнасьць ад пашкоджаньняў. У шмат якіх запальных процэсах—іменна ў іх цяжкасьці і сьмяротным

выніку—мы таксама бачым пераважны ўплыў социяльнага фактару: цяжкая анаэробная інфэкцыя ёсьць сумны лёс пераважна людзей земляробнай працы і т. д. Разьвіцьцё ракавых пухлін у шмат якіх выпадках мае бязумоўна сувязь з вытворчасьцю; у другіх выпадках гэта сувязь ня можа быць даведзена з матэматычнай дакладнасьцю, але клінічныя назіраньні робяць яе ў дастатковай меры верагоднай. Нашы сучасныя ўяўленьні пра ўплыў раздражэньня, як істочнага кампонэнта ў этыолёгіі ракавай хваробы, з лёгічнай няўхільнасьцю вызначаюць залежнасьць раку ад зьнешніх умоў існаваньня індывіда. Група расстройстваў жыўленьня дае таксама для гэтага шмат прыкладаў: грыжы, і асабліва іх зашчэмленасьць, многія формы непраходнасьці кішочніка, язва страўніка і шмат іншых хваробных форм. Прыглядаючыся да клінікі ўсіх пералічаных хірургічных захворваньняў, мы адзначаем, ня толькі тое, што социяльныя фактары абумоўліваюць самую захворвальнасьць, а і тое, што існуе бязумоўны паралелізм паміж цяжкасьцю хваробы і цяжкасьцю зьнешніх умоў, у якіх жыве хворы: сьмяротнасьць у вельмі значнай ступені непасрэдна залежыць ад гэтых умоў. Усё гэта дазваляе нам зрабіць вывад, што нашы посьпехі ў змаганьні з хірургічнай сьмяротнасьцю залежаць ня толькі ад веданьня хваробы і спосабаў яе лячэньня, але і ад момантаў чыста социяльнага парадку. Значэньне таго ці іншага фактару зьмяняецца ў розных групах захворваньняў.

Наступным фактарам хірургічнай сьмяротнасьці зьяўляецца „запушчанасьць“ хваробы. У адпаведным месцы я ўжо высьвятліў, што гэтая запушчанасьць толькі ў невялікім проц. выпадку ёсьць вынік недасканальнасьці нашых дыягностычных мэтодаў. У пераважнай большасьці яна зьяўляецца вынікам социяльных момантаў,—ці будзе гэта непасрэднае, ці ўскоснае іх узьдзеяньне. Недастатковасьць хірургічнай дапамогі,—найбольш дарагога віду мэдычнай дапамогі—ёсьць вынік слабай матэрыяльнай культуры і экономічнай маламоцнасьці. Страх хворага перад опэрацыйным умяшаньнем ёсьць ў масавым маштабе вынік малой культурнасьці. Кепская падрыхтоўка ўрачоў—ёсьць выяўленьне тэй-жа самай слабай матэрыяльнай культуры. Усё гэта ўзятае разам і стварае тую „запушчанасьць“, якая паводле прыблізных падлікаў зьяўляецца прычынай сьмерці хворых у 30-40 проц. усіх хірургічных сьмярцей.

Фактары лекавога парадку—само опэрацыйнае ўмяшаньне—зьяўляецца таксама ў значнай меры адлюстраваньнем социяльна-

культурных умоў жыцьця краіны. Складнасьць сучаснага хірургічнага лячэньня вымагае вялікіх тэхнічных прыстасаваньняў, добрай агульнай абстаноўкі і спрацаванага паміж сабою кваліфікаванага пэрсоналу. Пра сучаснага хірурга, які жадае мець добрыя пасьляопэрацыйныя вынікі, можа літэральна сказаць „адзін у полі не ваяка". Добра абсталяванае хірургічнае аддзяленьне, якое максымальна забесьпячае хворага ад інфэкцыі і ўлічвае поўнасьцю яго жыцьцёвыя шансы,—вымагае вялікіх сродкаў. Пытаньне зноў упіраецца ў моманты чыста соцыяльнага парадку. У гэтым-жа разрэзе разьвязваецца і пытаньне хірургічнай спрактыкаванасьці—кваліфікацыя хірурга ўзрастае таксама на глебе матэрыяльнай культуры і ў залежнасьці ад ступені яе. Такім чынам, і пасьляопэрацыйная сьмяротнасьць—ёсьць у канчатковым выніку функцыя соцыяльных адносін і клясавай барацьбы ў даным адрэзку часу.

І нават конституцыя—найважнейшы з біолёгічных фактараў сьмяротнасьці—знаходзіцца ў канчатковым выніку пад такім вялізарным уплывам зьнешняга асяродзьдзя, што і тут соцыяльны фактар выступае таксама на першы плян. Умовы харчаваньня, работы, уплывы на вэгетатыўную нэрвовую сыстэму могуць з аднаго боку „спасаваць" самую лепшую конституцыю і, наадварот, рацыянальна накіраваныя—гэтыя-ж самыя зьнешнія ўмовы могуць згладзіць няспрыяльныя эндогенныя фактары аж да поўнай компэнсацыі іх.

Вось якой зьяўляецца магутная роля соцыяльнага моманту у пытаньні сьмяротнасьці наогул і хірургічнай сьмяротнасьці ў паасобку.

Вялікае значэньне гэтага соцыяльнага фактару яшчэ ў тым, што паколькі ён зьяўляецца вынікам вытворчых адносін, а апошнія—зьмяняюцца, пастолькі ён, у значна большай ступені, чым фактар біолёгічны, падлягае нашаму ўзьдзеяньню. Адсюль у якасьці бясспрэчнага лёгічнага вываду вынікае, што доктар, які імкнецца да найбольшай эфэктыўнасьці ў сваёй рабоце, не павінен замыкацца выключна ў вузкіх межах сваёй спэцыяльнасьці. Таксама гэта датычыцца і хірурга: між тым, трэба прызнаць, што іменна хірургія, як вельмі спэцыялізаваная галіна мэдыцыны, стаяла ад жыцьця даволі часта далей, чым усякая іншая з мэдычных дысцыплін.

III

ЗАКЛЮЧЭНЬНЕ

На падставе ўсяго выказанага вышэй, я раблю наступныя вывады:

У агульнай сьмяротнасьці насельніцтва хірургічная сьмяротнасьць займае параўнаўча невялікае месца. Выявіць гэтую адносную долю, якая прыпадае на сьмяротнасьць ад хірургічных захворваньняў, цяжка, але, як відаць, яна роўна прыблізна 10-15 проц. агульнай. Прымаючы сярэднюю сьмяротнасьць за апошнія гады ў СССР роўнай 2,3 проц. атрымліваем агульную хірургічную сьмяротнасьць 0,23-0,24 проц. (г. зн. на 100 чалавек насельніцтва).

Паказальнікам „хірургічай сьмяротнасьці“, г. зн. працантам сьмяротнасьці самых хірургічнах хворых, трэба, відаць, лічыць, 1 на 100, г. зн. на 100 хірургічных хворых, якія зварачваюцца да ўрача, памірае 1 чалавек.

Агульная сьмяротнасьць насельніцтва зьмяншаецца. Цяжка сказаць, ці зьмяншаецца ў такой самай ступені і сьмяротнасьць хірургічная, аднак, нясумненна, што агульнае зьмяншэньне сьмяротнасьці стварае спрыяльны фон і для зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці.

Зьмяншэньне сьмяротнасьці ў больніцах наогул сьведчыць аб тым, што ня толькі зьмяншаецца захворвальнасьць, але і паляпшаецца лекавая эфэктыўнасьць, выходзячы з гэтага можна дапушчаць, што іх хірургічная лекавая эфэктыўнасьць павялічваецца.

Для больш дакладнага выяўленьня хірургічнай сьмяротнасьці прыходзіцца карыстацца працантамі сьмяротнасьці хірургічных хворых у хірургічных аддзяленьнях. Дзякуючы рознастайным умовам гэтых аддзяленьняў (матэрыял, опэравальнасьць і т. д.) мы атрымаем і розныя лічбы працантаў сьмяротнасьці. У сярэднім гэты працант цяпер роўны—5.

Калі вывучаць процант сьмяротнасьці ў хірургічных аддзяленьнях за апошнія 50 год, дык мы нібы не констатуем зьмяншэньня гэтага проценту. Аднак, гэты „застой“ зьяўляецца ўяўным. Калі-б мы цяпер рабілі толькі тыя опэрацыі і толькі ў такіх разьмерах, як гэта было 30-40-50 год таму назад, дык мы констатавалі-б, зразумела, значнае зьмяншэньне проценту сьмяротнасьці; пры нашай-жа сучаснай актыўнасьці затрыманьне проценту сьмяротнасьці на тэй-жа самай лічбе, азначае вялізарны крок уперад.

Амаль тое самае трэба паўтарыць адносна пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці. Ня гледзячы на тое, што цяжка вызначыць сярэднюю лічбу пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці, трэба прыняць яе для „вялікай“ хірургіі—у 5 проц. Як відаць, наогул мы можам гаварыць пра зьмяншэньне пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці параўнаўча з канцом мінулага стагодзьдзя, ня гледзячы на наш вялізарны опэрацыйны размах. Гэта зьмяншэньне ў пераважнай меры адносіцца да траўм; значна менш зьмянілася становішча з пухлінамі.

Калі наогул можна гаварыць пра зьмяншэньне проценту пасля опэрацыйнай сьмяротнасьці за апошнія 25 год у два разы, дык у паасобных групах захворваньняў і опэрацый гэтае зьмяншэньне больш значнае, даходзячы да 10 разоў.

Бясспрэчны факт зьмяншэньня хірургічнай і пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці ставіць перад намі задачу—высьветліць шляхі, якімі хірургія дамаглася гэтага зьмяншэньня, для таго, каб організаваным спосабам дамагацца і надалей зьмяншэньня хірургічнай сьмяротнасьці. Выходзячы з гэтага, нам неабходна перайсьці да вывучэньня „фактараў хірургічнай і пасьляопэрацыйнай сьмяротнасьці“, каб супроць „кожнага з іх адшукаць спосабы змаганьня“.

З гэтых фактараў у сучасны момант найбольшую ролю адыгрываюць фактары социяльнага парадку. Змаганьне з імі павінна даць значнае зьмяншэньне сьмяротнасьці ў галіне пашкоджаньняў і запаленьняў, якія складаюць да 60 проц. усіх хірургічных захворваньняў.

Асабліва ўзмоцнена цяпер неабходна змагацца супроць „запушчанасьці“ хваробы, што зьяўляецца сапраўднай прычынай сьмерці ў вельмі вялікай колькасьці выпадкаў.

Выконваючы гэтую задачу, мобілізуючы грамадзкую ўвагу на гэтым социяльным фактары, хірургія з разных „раздарожжаў“ і сьцежак выйдзе на шырокі шлях выкананьня свайго социяльнага прызначэньня.

ЗЬМЕСТ

Друк. Кіраўніцтва Спраў
СНК і ЭКАСА БССР
Заказ № 820—2000 экз.
$10^1/_2$ арк. $Д_5$
Галоўлітбел № 2968

